

2017

Gestão das Perturbações do Uso de Canábis e Questões Associadas

Um guia clínico



NCPIC – NATIONAL CANNABIS PREVENTION AND INFORMATION CENTER

GESTÃO DAS PERTURBAÇÕES DO USO DE CANÁBIS E QUESTÕES ASSOCIADAS

Um guia clínico

gestão das perturbações do uso de canábis e questões associadas

um guia clínico

Financiado pelo Australian Government Department of Health and Ageing

As opiniões expressas neste documento são as dos autores e não necessariamente as do Governo Australiano.

©National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales, Sydney, 2009

Este trabalho tem direitos de reprodução. Pode fazer download, exibir, imprimir e reproduzir este material de forma inalterada (mantendo o presente aviso) para uso pessoal, não comercial ou uso interno da sua organização. Todos os outros direitos são reservados. Pedidos, informações respeitantes à reprodução e seus direitos devem ser endereçados ao The Director, National Cannabis Prevention and Information Centre, Univeristy of New South Wales, Sydney NSW 2052, Australia.

Isenção de responsabilidade legal

Este documento é um guia geral adequado à prática, apenas para ser seguido por profissionais e sujeito a julgamento para cada caso individual. As linhas de orientação estão concebidas para apoiar a tomada de decisão e baseiam-se na melhor informação existente à data da publicação. Reconhecendo o ritmo de avanço neste campo recomenda-se que estas linhas de orientação sejam revistas e atualizadas periodicamente.

ISBN: 9780733428074

FICHA TÉCNICA:

Este guia foi traduzido a partir da edição original da ©National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales, Sydney, 2009

Título da tradução para Português: Gestão das Perturbações do Uso de Canábis e Questões Associadas – um guia clínico

Tradução para português por:

Carla Lopes, técnica de serviço social da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto/SICAD

Carla Rocha, vogal da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto/SICAD

Cátia Lima, psicóloga da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto/SICAD

Cristina Reis, vogal da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto/SICAD

Paula Gonzalez, psicóloga da Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – ARS Norte, IP

Purificação Anjos, psicóloga da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto/SICAD

Teresa Silva, jurista da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto/SICAD

NOTA PRÉVIA:

A tradução do presente manual para português surge no âmbito do trabalho de parceria que decorreu ao longo do ano de 2015 entre a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto, SICAD e a Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – ARS Norte, IP.

O interesse desta tradução releva para os profissionais e técnicos portugueses que trabalham com consumidores de canábis, permitindo fornecer-lhes um instrumento de trabalho na abordagem a estes utilizadores, contendo materiais específicos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas no comportamento do uso de canábis.

CONTEÚDOS

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: Informações gerais	16
1.1 Prevalência da Canábis.....	16
1.2 Dosagem.....	17
1.3 Potência.....	17
1.4 Procura de tratamento.....	18
1.5 Problemas relacionados com a canábis	19
1.6 Intoxicação, abuso e dependência de canábis	20
1.7 Risco de dependência	22
1.8 Síndrome de abstinência.....	22
1.9 Tratamentos à canábis	23
1.10 Políticas para os riscos da canábis.....	25
1.11 Abordagens penais internacionais	26
1.12 Referências.....	26
CAPÍTULO 2: Trabalhar com consumidores de canábis.....	29
2.1 Princípios gerais do trabalho com consumidores de canábis	29
2.2 Intensidade do tratamento	30
2.3 Princípios gerais das intervenções com canábis	31
2.4 Contexto.....	31
2.5 Leituras complementares.....	32
2.6 Referências.....	32
CAPÍTULO 3: Rastrear o uso de canábis.....	33
3.1 O que é o rastreio.....	33
3.2 Racional	33
3.3 Como e quando fazer o rastreio do uso de canábis?	34
3.4 Como introduzir o rastreio ao utente	34
3.5 Tipos de rastreio.....	35
3.6 Instrumentos de rastreio estandardizados	35
3.7 Marcadores bioquímicos para rastreio e avaliação	37
3.8 Sumário	39
3.9 Referências.....	40
CAPÍTULO 4: Avaliação.....	41
4.1 Introdução.....	41
4.2 Racional	42
4.3 A avaliação como estratégia de compromisso com a intervenção	42
4.4 A avaliação compreensiva do uso de substâncias (60-120 mins).....	42
4.5 Domínios da avaliação.....	43
4.6 Medidas auxiliares.....	48
4.7 Avaliação contínua	49

4.8 Feedback no pós-avaliação	49
4.9 Sumário	50
4.10 Referências.....	50
CAPÍTULO 5: Gestão da abstinência	53
5.1 Abstinência da canábis.....	53
5.2 Apoio na abstinência.....	53
5.3 Outras influências na abstinência	53
5.4 Avaliação dos sintomas de abstinência.....	54
5.5 Qual é o contexto mais apropriado à abstinência.....	54
5.6 Abstinência por policonsumo.....	54
5.7 Farmacoterapia para a abstinência da canábis.....	55
5.8 Cessaçã gradual vs súbita.....	55
5.9 Abordagem focada nos sintomas de abstinência.....	56
5.10 Tratamento por fases para sintomas de abstinência.....	56
5.11 Intervenção psicoeducativa para sintomas de abstinência	57
5.12 Sumário	58
5.13 Referências.....	58
CAPÍTULO 6: Intervenções breves	59
6.1 Visão geral sobre as intervenções breves	59
6.2 Elementos de sucesso nas intervenções breves	61
6.3 Entrevista motivacional (MI).....	62
6.4 Terapia cognitivo-comportamental (CBT)	65
6.5 Gestão da contingência (CM).....	67
6.6 Esboço de uma intervenção de sessão única	69
6.7 Intervenções de duas a seis sessões	70
6.8 Definir o dia de paragem.....	74
6.9 Sumário	75
6.10 Referências.....	75
CAPÍTULO 7: Considerações especiais	78
7.1 Jovens.....	78
7.2 Género.....	80
7.3 Diversidade cultural e linguística entre populações	81
7.4 Populações indígenas.....	82
7.5 Utentes obrigados a tratamento ou que se encontram em tratamento de forma involuntária	84
7.6 Diminuição do consumo para aqueles que não procuram tratamento	85
7.7 Tratamento individual vs tratamento de grupo	85
7.8 Contextos terapêuticos	86
7.9 Abandono antecipado do tratamento	87
7.10 Cuidados continuados.....	87
7.11 Outras terapias.....	89

7.12 Abordagens na internet	90
7.13 Uso concomitante de internet	90
7.14 Lidar com restrições de tempo.....	93
7.15 Sumário	93
7.16 Referências.....	94
CAPÍTULO 8: Intervenções familiares	98
8.1 Famílias	98
8.2 Princípios das práticas de inclusão familiar.....	98
8.3 Confidencialidade.....	99
8.4 “Nível de compromisso”	99
8.5 Sumário	103
8.6 Referências.....	104
CAPÍTULO 9: Intervenção psicoeducativa e suporte social	105
9.1 Introdução.....	105
9.2 Objetivos da intervenção psicoeducativa	105
9.3 Estádios da intervenção psicoeducativa	107
9.4 Guia de recursos.....	107
9.5 Auto-gestão da mudança	108
9.6 Rede social de apoio e grupos de auto-ajuda	109
9.7 Sumário	110
9.8 Referências.....	110
CAPÍTULO 10: Tratar a saúde mental nos consumidores de canábis	111
10.1 Considerações	111
10.2 Problemas de saúde mental associados à canábis.....	111
10.2.1 Canábis, psicose e esquizofrenia.....	111
10.2.2 Canábis e depressão.....	113
10.2.3. Canábis e ansiedade.....	113
10.2.4 Dependência de canábis de longo-termo: ansiedade e depressão	113
10.2.5 Canábis e suicídio	113
10.2.6 Outras questões de saúde mental	114
10.3 O rastreio do uso de canábis nos serviços de saúde mental.....	114
10.4 Avaliação e tratamento para o uso de canábis nos serviços de saúde mental	115
10.5 Sintomas de saúde mental nos serviços de álcool e outras SPA’s	119
10.5.1 Rastreio	119
10.5.2 Avaliação	120
10.5.3 Tratamento	120
10.6 Sumário	121
10.7 Referências.....	121
CAPÍTULO 11: Instrumentos de rastreio.....	125
Escala de Severidade da Dependência – Canábis (ESD-C).....	126

Kessler 10 (K10)	128
Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse (MSSI-SA)	128
Psychosis Screener	128
Mental Health Screening Form	128
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	129
Questionário dos Problemas com Canábis (Adultos e Adolescentes).....	132
Checklist para a Sintomatologia de Abstinência de Canábis.....	135
Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT)	136
Questionário de Avaliação da Motivação para a Mudança – Canábis (QAMM-C).....	138
Modified Mini Screen (MMS)	140
CAPÍTULO 12: Materiais de trabalho.....	141
Decisões aparentemente irrelevantes	142
Desejo ou Vontade de Consumir.....	143
Lidar com o desejo/vontade de consumir.....	144
“Surfar Impulsos”	146
Tabela de Balanço Decisional.....	147
Escada da Canábis	148
Diário do consumo de canábis	149
Resumo Personalizado	150
Treino de Relaxamento – para clínicos	151
Dicas para Dormir Melhor	152
Relaxar os músculos.....	153
Sintomatologia de Abstinência ao Uso de Canábis – informação ao utente	154
Competências de Resolução de Problemas – para técnicos	156
Competências de Resolução de Problemas – para utentes	157
Prevenção da Recaída – para técnicos	158
Hierarquia do Risco de Consumir Canábis	159
Princípios que orientam as competências de recusa de canábis.....	160
Contorção psicológica – para técnicos.....	161
Atividades agradáveis	162
Gerir emoções negativas e depressão	164
Avaliar a importância de alterar o consumo de canábis – para técnicos.....	165
Avaliar o nível de confiança para mudar o padrão de uso de canábis – para técnicos.....	166
Referências.....	167
APÊNDICES:	168
Apêndice 1 Níveis de Evidência.....	168
Apêndice 2	169

Acerca dos autores:**Jan Copeland** BSc (Psych) (hons), PhD, MAPS

Jan Copeland é Professora de Estudos sobre Drogas e Álcool e Diretora da Australia National Cannabis Prevention and Information Centre (NCPIC). É igualmente Diretora Assistente do National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC). O NCPIC é um consórcio liderado pelo NDARC com seis parceiros chave, com gestão ao nível nacional de um conjunto grande e diversificado de programas. No decurso da sua carreira, a Professora Copeland desenvolveu três grandes programas de pesquisa: intervenções breves para os transtornos relacionados com o uso de canábis; desenvolvimento de sistemas de monitorização dos resultados do tratamento; e psicoestimulantes. Publicou amplamente sobre os aspetos das intervenções breves para os transtornos relacionados com o uso de canábis. Trabalha na avaliação e na gestão executiva de diferentes instituições/organizações com base na comunidade.

Amie Frewen DPsych (Clinical), BA (Psych), BPsych

Amie Frewen é diretora sénior de pesquisa no National Cannabis Prevention and Information Centre (NCPIC) em Sydney. Amie trabalhou anteriormente na área da psicologia clínica, como clínica e como investigadora. O trabalho de doutoramento de Amie foi sobre os sintomas de abstinência da canábis e o tratamento, com a utilização de meios farmacológicos.

Kathryn Elkins BA (Psych) Hons

Kathryn Elkins é uma bolsista de investigação com uma base na psicologia clínica. Trabalhou no Orygen Youth Services em Melbourne mais de 14 anos, em ensaios clínicos de comorbilidade de substâncias e doença mental, tanto como investigadora como terapeuta/clínica. É co-autora de artigos científicos e do manual de tratamento para consumidores de canábis e psicoses, tal como de muitas outras publicações acerca da comorbilidade. A pesquisa de doutoramento de Kathryn é sobre o consumo de tabaco em população que experimentou um primeiro episódio de psicose.

AGRADECIMENTOS/RECONHECIMENTOS:

Os seguintes participantes contribuíram para o conteúdo destas linhas de orientação:

Participantes	Posição	Organização
Prof Alan Budney	Professor e pesquisador sênior	Universidade do Arkansas, U.S.
Allan Colthart	Coordenador Clínico Psicólogo Clínico	Drug and Alcohol Youth Service (DAYS)
Prof Amanda Baker	Vice diretora/Psicóloga clínica	Universidade de Newcastle
Dr. Amie Frewen	Diretora senior de pesquisa	National Cannabis Prevention and Information Centre
Prof Dennis Gray	Vice-diretor	National Drug Research Institute
Etty Matalon	Gestor de treino	National Cannabis Prevention and Information Centre
Dr. Greg Martin	Gestor de desenvolvimento de intervenções	National Cannabis Prevention and Information Centre
James Pitts	CEO	Odyssey House
Dr. Jan Bashford	Investigador clínico	Universidade de Massey, Nova Zelândia
Prof Jan Copeland	Diretora	National Cannabis Prevention and Information Centre
A/Prof Jason Connor	Diretor, Centre for Youth Substance Abuse Research	Universidade de Queensland
Dr. Julia Tresidder	Investigadora analista	Australian Institute of Criminology
Kathryn Elkins	Bolseira de Investigação/Psicóloga	Orygen Youth Health
Kerri Lawrence	Diretor	Manly Drug Education and Counselling Centre
Dr. Leanne Hides	Coordenadora de Investigação Clínica/Bolseira de investigação	Orygen Youth Health
Dr. Mark Montebello	Especialista sênior de equipa	The Langton Centre
Scekar Valadian	Oficial sênior do projeto	Aboriginal Programs Unit Drug and Alcohol Services South Australia
Prof Simon Lenton	Vice director/Psicólogo Clínico	National Drug Research Institute
Steven Childs	Gestor de serviços psicológicos	Northern Sydney/Central Coast Drug and Alcohol Service
Tess Finch	Gerente/gestora	Sutherland Cannabis Clinic
Dr. Wendy Swift	Conferencista sênior	National Drug and Alcohol Research Centre
FACILITADOR A/Prof Alison Ritter	Diretora	Drug Policy Modelling Program

Um agradecimento especial às seguintes pessoas pelos conhecimentos adicionais incluídos nestas linhas de orientação: Dr. Kyle Dyer, pela sua ajuda nos marcadores biológicos; Dr. Julia Butt, pela ajuda com CLAD e populações indígenas; e a Dra. Melissa Norberg, pela sua assistência editorial qualificada. Os autores também não querem deixar de agradecer aos terapeutas no terreno pelo feedback na penúltima versão. A edição profissional foi completada por Paul Dillon, Clare Chenoweth e Dion Alperstein.

PREFÁCIO

Professora Jan Copeland

Diretora do National Cannabis Prevention and Information Centre

As bases científicas de alta qualidade sobre a canábida desenvolvem uma variedade de tópicos, que incluem a epidemiologia do consumo de canábida, a sua relação com a psicose e outras doenças mentais, riscos respiratórios, apenas para nomear alguns. Enquanto estas pesquisas conseguem fornecer aos que trabalham com consumidores de canábida e com as suas famílias, materiais importantes para as intervenções psicoeducativas; não encontramos consenso especializado que apontasse linhas de orientação clínicas baseadas no consenso para o tratamento de problemas relacionados com a canábida.

As presentes linhas de orientação são o culminar de mais de uma década de pesquisa no rastreio, avaliação e gestão dos problemas relacionados com a canábida. Embora se verifique um crescimento da literatura acerca das intervenções motivacionais, cognitivo-comportamental e de gestão da contingência, até à data não são suficientes para uma meta-análise. Estas linhas de orientação têm como objetivo proporcionar aos terapeutas um ponto de referência para a gestão dos problemas relacionados com a canábida. Os profissionais de saúde podem ser confrontados com utentes com consumos ocasionais de canábida, a outros, dependentes; podem ainda incluir sintomas de doença mental e distúrbios agudos do comportamento, como psicose e agressão. Esta monografia é adequada para profissionais de saúde que trabalham com indivíduos com diferentes usos de canábida. Os leitores irão familiarizar-se com os diversos aspetos das intervenções, incluindo a avaliação, a sintomatologia da abstinência e a intervenção psicoeducativa.

Quero agradecer aos colegas que trabalharam intimamente comigo ao longo destes anos na equipa da intervenção com canábida, particularmente a Ety Matalon, Dr. Greg Martin e a Dra. Wendy Swift. Um agradecimento especial à Dra. Amie Frewen, que liderou este projeto e supervisionou o trabalho com os especialistas internacionais e que contribuíram para estas diretrizes.

Por favor, visite o website do centro, em www.ncpic.org.au, para outras publicações de práticas clínicas e sumários de pesquisas emergentes nas intervenções com desordens associadas ao consumo de canábida.

Glossário

Trabalhadores do álcool e outras drogas	Todos aqueles, com competências clínicas, que trabalham nos serviços de tratamento de álcool ou drogas. Estes incluem, mas não são limitativos, enfermeiros, médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e outros trabalhadores do setor.
Cachimbo de água	Cachimbo de água utilizado para fumar canábido (também pode ser usado com tabaco). A secção que contém a canábido é a parte do cone. Por conseguinte a unidade de medição é referida como “um cone”
Intervenção breve	Interação mínima com um médico ou profissional de saúde mental, variando entre alguns minutos a seis ou mais sessões. Este termo é utilizado principalmente no contexto de tratamento para problemas relacionados com o uso de substâncias.
Canabinóide	Substância química orgânica que pertence a um grupo que compreende os constituintes ativos da canábido. Os 3 principais são: THC, CBD e CNB
Canabinóide (CBD)	Canabinóide encontrado na canábido. É o principal constituinte da planta, representando 40% nos seus extratos. Verifica-se na relação inversa do THC, ou seja, como o nível de THC sobe, o de CBD, cai. Estudos recentes apontam para as propriedades antipsicóticas do CBD.
Canabinóide (CBN)	O CBN é produzido como THC, envelhece e reparte-se. É pensado para potenciar as qualidades de desorientação do THC.
Comorbilidade	Nestas diretrizes, refere-se à concorrência entre o consumo de álcool e outras drogas (AOD)-desordem de consumo com uma ou mais condições de doença mental. Também conhecido como co-ocorrência ou duplo diagnóstico.
Descriminalização	Política de drogas em que a posse de uma droga para consumo individual é tratada como uma contraordenação em vez de crime, mas o consumo continua a ser ilegal.
Haxixe	Resina purificada, preparada a partir da planta fêmea da canábido, que pode ser fumada ou mastigada. É considerada a mais potente preparação de canábido.
Charro	Canábido herbácea ou resina (algumas vezes misturada com tabaco ou com outro material vegetal) enrolada num cigarro
Distúrbio mental	Refere-se à presença de um distúrbio mental (exceto os transtornos por uso de substâncias) como definido no DSM-IV-TR
Psicoses	Qualquer distúrbio mental que se caracteriza pela perda de contacto com a realidade, por delírios, alucinações e/ou distúrbios e incapacidade em interpretar a informação e de fazer sentido no mundo
Cuidados por passos	Uso de intervenções que se iniciam com as menos intensivas e após um período de monitorização ou são intensificadas ou inversamente, baixam, após os ganhos resultantes do tratamento
Tetrahidocannabinol (THC)	O canabinóide responsável pela “moca”

INTRODUÇÃO

O manual *Gestão das perturbações do uso de canábis e questões associadas – um guia clínico*, fornece conhecimentos essenciais para o apoio dos indivíduos na redução, cessação ou gestão dos seus problemas relacionados com o consumo de canábis. O manual tem como objetivos fornecer factos, dados e técnicas úteis para apoiar os terapeutas, fornecendo tratamentos baseados em evidências clínicas, para os consumidores de canábis que desejem mudar os seus padrões de consumo. O manual providencia ainda um conjunto de materiais de trabalho para serem utilizados com os utentes.

O manual encontra-se dividido em 12 seções:

Capítulo 1: Informações gerais

Capítulo 2: Trabalhar com consumidores de canábis

Capítulo 3: Rastrear o uso de canábis

Capítulo 4: Avaliação

Capítulo 5: Gestão da abstinência

Capítulo 6: Intervenções breves

Capítulo 7: Considerações especiais

Capítulo 8: Intervenções familiares

Capítulo 9: Intervenção psicoeducativa e suporte social

Capítulo 10: Tratar a saúde mental nos consumidores de canábis

Capítulo 11: Instrumentos de rastreio

Capítulo 12: Materiais de trabalho

Este manual não pretende ser um substituto à intenção de formação e à experiência na gestão das substâncias ou das competências de aconselhamento gerais. Designa-se como um complemento às competências já existentes e como uma ajuda aos profissionais para que possam oferecer aos utentes as terapêuticas com maiores benefícios.

Exemplos do acima descrito, podem aparecer sobre o seguinte formato:

“Esta é uma sugestão que pode tentar.”

A quem se dirigem estas diretrizes?

Estas diretrizes são para todos os técnicos que trabalham com jovens e adultos que experienciam problemas relacionados com o uso de canábis. Ao longo do guia, referimo-nos a vocês como “técnicos/terapeutas/clínicos” e àqueles que procuram ajuda como “clientes/utentes/consumidores”. Os técnicos que podem considerar estas diretrizes como úteis para o seu trabalho incluem, (mas não se limitam a estes), os profissionais que trabalham questões relacionadas com o consumo de álcool e outras substâncias, enfermeiros, trabalhadores da área da saúde mental, jovens profissionais, médicos especialistas na área do álcool e outras drogas, trabalhadores da saúde, psicólogos, psiquiatras, profissionais na área da proteção infantil, técnicos da reinserção social (liberdade condicional), e médicos de clínica geral. Estas diretrizes podem ser úteis para aqueles que trabalham nos cuidados de saúde gerais, em ambiente residencial ou em ambulatório. Podem igualmente ajudar os médicos de clínica geral pois estão na posição ideal para identificarem problemas relacionados como uso de canábis, tendo em conta o número elevado de população que é atendida anualmente nesses serviços.

Tendo em conta os diferentes papéis dos trabalhadores, educação, treino e experiência, nem todos os leitores estão capazes de resolver todos os problemas na mesma medida. Os técnicos devem utilizar estas orientações considerando o contexto onde desenvolvem o seu trabalho e de acordo com o âmbito da sua prática profissional. Por outras palavras, estas orientações não substituem a necessidade de obterem competências, prática ou supervisão, bem como, utilizar o juízo clínico quando as aplicar.

Competências essenciais

Estas diretrizes não servem para ensinar competências clínicas fundamentais e não substituem os cursos de treino especializados. Para as utilizar, deverá adquirir competências nas seguintes áreas:

- Competências básicas de aconselhamento, bem como, construção de uma aliança terapêutica, escuta e reflexão ativa
- Avaliação geral acerca do álcool e outras drogas
- Conhecimentos gerais de saúde mental, tais como, ansiedade e depressão
- Intervenções baseadas em evidências científicas, como terapia de aumento da motivação e terapia cognitivo comportamental
- Competências de manutenção do compromisso com jovens

Recomendações de sistema de provas e de classificação

O Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) e organizações internacionais similares estão a desenvolver um processo de avaliação das provas e de formulação de recomendações para as diretrizes clínicas. Este processo envolve o desenvolvimento de novas provas hierarquizadas, baseadas nos “Níveis de Prova” da NHMRC mas menos restritivas e que permitem a classificação dos estudos, envolvendo o diagnóstico, o prognóstico, a etiologia e a triagem.

Os detalhes dos níveis e graduações podem ser encontradas em <http://www.nhmrc.gov.au>

Os cinco componentes considerados no julgamento do corpo para a evidência científica são:

- Volume da prova (o que inclui o número de estudos, classificados segundo a sua metodologia e a sua relevância para os utentes)
- Consistência dos resultados dos estudos
- Potenciais efeitos clínicos da proposta de recomendação (incluindo o balanço dos riscos e benefícios, a relevância da evidência na questão clínica, o tamanho da população utente e os recursos)
- Generalização do corpo de evidências para a população-alvo
- Aplicabilidade do corpo de evidências ao contexto de assistência médica australiano

Para as atuais diretrizes, a literatura foi revista pelo menos por dois peritos e endossado por um painel mais amplo de médicos e investigadores com conhecimentos específicos e peritos em canábis. A recomendação está sumarizada no final de cada capítulo e é graduada da seguinte forma:

Grau	Recomendação
A	Corpo de evidências confiável para orientar a prática
B	Corpo de evidências confiável para orientar a prática na maioria das situações
C	Corpo de evidências fornece algum suporte para a recomendação(s) mas deve-se ter cuidado na sua aplicação
D	Corpo de evidências fraco e a recomendação é de que se pode aplicar com cautela

Mais informação acerca do processo de graduação encontra-se no Apêndice 1.

Todos os URLs disponibilizados estavam acessíveis em Junho de 2009.

CAPÍTULO 1: Informações gerais

1.1 Prevalência da canábis

A canábis é a substância ilícita mais usada no mundo ocidental. Durante os anos 90, a incidência do uso da canábis aumentou, particularmente entre a população jovem. Dados recentes indicam que a tendência ascendente está a estabilizar embora em níveis historicamente elevados (ver Quadro 1) (EMCDDA, 2008).

Prevalência e padrões de consumo de canábis na Austrália

Em 2007, de 17.2 milhões de australianos com 14 anos ou mais de idade, um em três (33.5%, sobre 5.8 milhões) usaram canábis em alguma fase da sua vida; quase um em dez (9.1%, 1.6 milhões) usou canábis nos últimos 12 meses; e, mais de 600,000 (3,5%) tinha utilizado na semana anterior à pesquisa (AIHW, 2008a). Taxas mais altas são percebidas nos subgrupos particulares. Junto das populações indígenas, por exemplo, foram relatadas, taxas de canábis semanais até 45% (Clough et al., 2004). Taxas mais altas são observadas entre os jovens e também entre aqueles com diagnósticos de saúde mental.

Prevalência e incidência do consumo da canábis nos EUA

Em 2007, aproximadamente 40% dos estado-unidenses com 12 anos ou mais, afirmaram ter usado canábis em algum momento da sua vida. O seu uso no mês passado foi de aproximadamente 5,8% (14,4 milhões). A maioria dos utilizadores atuais eram menores de 25 anos (maiores taxas de 18 a 20 anos de idade) e do sexo masculino (SAMHSA, 2008).

Prevalência e incidência do consumo da canábis na Europa

De todos os europeus com idades entre 15-64 anos, aproximadamente 20% (65 milhões) tinham experimentado canábis pelo menos uma vez ao longo da vida; 1-11% tinham usado canábis no ano anterior; e, aproximadamente a metade destes últimos tinham consumido canábis no último mês (EMCDDA, 2008).

Quadro 1: Prevalência do abuso da canábis, em percentagem, da população com idades entre 15-64 anos - 2008

Europa	
Oeste e Central	0.8-11.2%
Sudeste	0.9-4%
Oriental	1.5-3.9%
América	
Central	1.3-6.7%
Norte	3.1-17%
Sul	1.6-7%
Caraíbas	1.9-10.7%
Oceania	
0.1-29.5%	
África	
Este	0.2-9.1%
Norte	0.05-9.6%
Sul	2.1-17.7%
Oeste e Central	0.9-21.5%
Ásia	
Central	3.4-6.4%
Este e Sudoeste Asiático	0.002-4.2%
Próximo e Médio Oriente/Sudoeste Asiático	0.1-8.5%
Ásia do Sul	1.5-3.3%

N.B. Este quadro contém estimativas do Gabinete das Nações Unidas Contra a Substância e o Crime com base em estudos locais, estudos de grupos especiais da população, e/ou relatórios das autoridades policiais e judiciais (UNODC, 2008).

1.2 Dosagem

O relatório da comissão global sobre a canábis (Room et al., 2008) sugere que geralmente um “charro” típico contém entre 0,25 g e 0,75 g de matéria vegetal-canábis, mas que a quantidade real de THC absorvido depende de vários fatores e é difícil de quantificar. A proporção de THC absorvida pelos pulmões estima-se variar entre 20% a 70%. A biodisponibilidade de THC (a fração de THC que chega ao sistema sanguíneo ou ao cérebro) é relatada como sendo de 5% a 24% (Hall & Solowij, 1998; Heustis et al., 2005; Iversen, 2007).

1.3 Potência

A canábis é uma planta que contém pelo menos 60 químicos ativos conhecidos como canabinóides, vários dos quais são biologicamente ativos. A potência (ou força) da canábis é conhecida por oscilar amplamente, dependendo da variedade e das condições de crescimento (WHO, 1997). Em relação à potência, os canabinóides de maior interesse são o tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD). O THC é responsável pela maioria dos efeitos psicoativos da canábis, incluindo a “moca”. Estudos recentes sugerem que o CBD tem propriedades anti psicóticas e ansiolíticas (Poter, Clark, & Brown, 2008), que podem compensar alguns dos efeitos psicoativos do THC. Morgan e Curran (2008) sugeriram que a potência da canábis não é devida simplesmente à quantidade de THC na amostra, mas também tem que ver com a proporção de THC para CBD. Os meios de comunicação têm afirmado que a potência da canábis aumentou de 20 para 30 vezes nas últimas décadas; no entanto, a investigação sugere que a potência da canábis terá, pelo menos, duplicado nos últimos 10 anos (McLaren et al., 2008).

Abaixo está um breve resumo dos países que têm analisado a potência da canábis:

Referência	Localização	Dimensão da amostra	Concentração de THC
Conselho Consultivo sobre o Abuso de Substâncias (2008)	Reino Unido	2,921	Folhas de canábis-média = 16.2% (4.1-46) Resina-média=5.9% (1.3-27.8)
EMCDDA (2004)	U.E. e Noruega (1998-2002)	59,369	Folhas de canábis-média = 7.7% Resina-média = 8.2%
ElSohly et al. (2000)	USA (1980-1997)	35.213	Folhas de canábis = 2% (1980) 4.5% (1997)
Poulsen & Sutherland (2000)	Nova-Zelândia (1976-1996)	1,066	Folhas de canábis- média = 1%, cabeça 3.5% Óleo de canábis-média = 13.5% (1995)

1.4 Procura de tratamento

Na Austrália, entre 2005 e 2006, 44% de todos os pedidos de apoio para tratamento de álcool ou outras SPA's em instituições de saúde públicas, incluíam a canábis como substância a ter em atenção (AIHW, 2008b). Em 23% desses casos, a canábis era a substância de eleição, nomeadamente em relação aos adolescentes, com idades entre os 10 e os 19 anos, seguindo-se o álcool (AIHW, 2008b). Nos Estados Unidos e na União Europeia, as admissões ao tratamento são um pouco menos comuns para a canábis. Desde 2001, as taxas de admissão ao tratamento de canábis tornaram-se relativamente estáveis, situando-se entre 15-16% (SAMHSA, 2009). Por exemplo, os dados do tratamento referem que a canábis estava igualmente presente em 16% dos pedidos de admissão por álcool, no setor público e noutros serviços de tratamento da toxicod dependência, nos EUA (SAMHSA, 2009). Na União Europeia, a canábis foi a segunda substância ilícita que mais preocupação suscitou, representando 15% de todos os utentes, e 27% dos novos utentes referiram a canábis como o seu principal problema de consumo (EMCDDA, 2008).

O número de pedidos para tratamento, referentes a consumidores de canábis e álcool e de outras substâncias, está a aumentar em todos os países ocidentais. De 1996 a 2003, verificou-se um dos maiores aumentos na oferta de tratamento para a canábis, como substância de principal preocupação na UE. Desde 1993, os EUA têm-se deparado com uma duplicação de pedidos de tratamento por consumo de canábis em relação à sua população (SAMHSA, 2002). Pequenos aumentos foram igualmente observados na Austrália 2000-2007 (AIHW, 2008b).

Apesar dos números de procura de tratamento para álcool e SPA's serem altos, a maioria dos consumidores de canábis não procuram apoio profissional para o seu consumo (Agnosti & Levin, 2004). Este facto pode ser atribuído a uma série de razões, entre as quais: a crença de que o tratamento para o uso de canábis é desnecessária; não existir motivação para o abandono destes consumos; e a estigmatização associada ao tratamento (Gates et al., 2008). Quando os consumidores de canábis procuram os médicos de clínica geral, nos serviços não especializados, fazem-no normalmente por preocupações secundárias, tais como, ansiedade ou depressão, e não propriamente por causa do seu consumo de canábis (Roxburgh & Degenhardt, 2008). Além disso, a dependência de canábis pode ser vista

como qualitativamente diferente dos restantes problemas de dependência para os quais estão vocacionados os serviços tradicionais de saúde especializados nas dependências. Um indivíduo pode, portanto, concluir que não vai ter nada em comum com os utentes das ditas instituições convencionais, e que os programas e serviços oferecidos pelas mesmas não serão relevantes para a dependência de canábis.

1.5 Problemas relacionados com a canábis

Embora as consequências negativas a curto prazo do consumo de canábis sejam bastante conhecidas, o mesmo não se passa quanto aos efeitos a longo prazo de um uso regular desta substância. Determinar os efeitos a longo prazo tem sido difícil, devido a muitos fatores, incluindo altas taxas de policonsumos, um longo período de tempo para que os efeitos a longo prazo se manifestem, e uma falta de literatura com indicação do uso nocivo, embora esta última esteja a mudar. Um resumo acerca das preocupações conhecidas com a saúde é dado no Quadro 2.

Quadro 2: Danos associados ao consumo de canábis

Riscos de intoxicação aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento da atenção, memória e desempenho psicomotor • Psicose induzida pela canábis • Aumento do risco de acidentes com veículos motorizados
Efeitos crónicos mais prováveis	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento cognitivo subtil ao nível da atenção, da memória, bem como, da organização e integração de informações complexas (de reversibilidade desconhecida, embora não seja grosseiramente debilitante) • Aumento do risco de desenvolver síndrome de dependência • Efeitos respiratórios adversos, tais como, bronquite crónica (a qual será maior se a canábis for utilizada com tabaco)
Possíveis riscos crónicos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da exposição a xerostomia (boca seca), podendo originar cáries dentárias e outros problemas de saúde oral • Alguma evidência de que a canábis pode afetar a fertilidade feminina (foi verificado que o uso de canábis reduz os níveis de contagem de esperma, e os níveis de testosterona, em alguns animais do sexo masculino, mas esta relação não foi estabelecida em humanos) • Em crianças que tenham sido expostas à canábis durante a gestação, aumentam as dificuldades com a resolução de problemas e atenção, as quais podem continuar até à idade adulta e reduzir o sucesso na aprendizagem • Aumento da probabilidade de alterações pré-cancerosas • Aumento da taxa do cancro do pulmão • Maior possibilidade de ataque cardíaco em pessoas que apresentem fatores de risco para doenças do coração (por exemplo, obesidade e/ou tabagismo)
Riscos prováveis em determinadas populações	<ul style="list-style-type: none"> • Associado ao uso de canábis na adolescência: <ul style="list-style-type: none"> • Menor rendimento escolar • Baixa escolaridade e qualificações profissionais para jovens até aos 25 anos • Níveis de desemprego mais elevados • Menores níveis de satisfação com a vida • Abandono da morada de família • Atividade sexual precoce e gravidez na adolescência • Uso ilícito de outras substâncias e dependência • Em mulheres que continuam a fumar canábis durante a gravidez, aumenta o risco de terem um bebé com baixo peso (o que pode aumentar a mortalidade, morbilidade e deficiência) • Exacerbação de algumas condições de saúde mental, como depressão, ansiedade e esquizofrenia

Adaptado de Hall & Solowij, (1998); Room et al., (2008)

1.6 Intoxicação, abuso e dependência de canábis

A avaliação da dependência e abuso de canábis pode ser uma ferramenta clínica importante tanto para a articulação com outros profissionais, como para abordar a natureza da questão com o utente, e para avaliar os resultados das intervenções. Este trabalho pode ser realizado por meio de entrevistas clínicas estruturadas e questionários. Existem dois principais sistemas internacionais de classificação de transtornos mentais: a Classificação Internacional dos Distúrbios, versão 10 (ICD-10) (WHO, 1992) e o Manual Diagnóstico Estatístico, Versão IV (DSM-IV-TR) (APA, 2000). O último, é o sistema mais utilizado nos EUA e o primeiro, na Europa e na Austrália. Os critérios de diagnóstico de intoxicação, abuso e dependência, de canábis, de acordo com cada sistema de classificação encontram-se descritos abaixo. Note-se que o DSM-IV-TR inclui um transtorno específico no uso da canábis, enquanto a ICD-10 especifica somente um diagnóstico genérico.

A) O uso agudo de canábis

DSM-IV-TR intoxicação de canábis

As características essenciais de intoxicação pela canábis são o desenvolvimento de distúrbios psicológicos e comportamentais (por exemplo, alteração da coordenação motora, euforia, ansiedade, sensação de tempo mais lento, julgamento exacerbado, isolamento social) durante ou logo após o uso de canábis. Os efeitos psicoativos, desenvolvidos nas duas horas posteriores ao consumo de canábis, são acompanhados por dois (ou mais) dos seguintes sinais: hiperemia conjuntival (olhos raiados de sangue), aumento do apetite, boca seca e taquicardia (aumento da frequência cardíaca). Estes sintomas não são devido a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outra perturbação mental.

O padrão de início e duração de intoxicação por canábis é variável. Se a canábis é fumada, a intoxicação geralmente ocorre dentro de minutos e dura cerca de três a quatro horas. Quando consumida por via oral, o início dos efeitos pode demorar horas, mas estes são mais duradouros. O DSM-IV-TR observa que a magnitude dos efeitos irá variar de acordo com a dose, a via de administração, e as características pessoais, tais como, a tolerância e a sensibilidade à canábis.

É importante referir que o DSM-IV-TR acrescenta uma qualificação, os **distúrbios de percepção**, situação de intoxicação por canábis em que o indivíduo experiencia alucinações, mantendo intacto o quadro da realidade ao seu redor ou em que na ausência de um delírio, podem ocorrer alterações auditivas, visuais, táteis ou ilusões. Por outras palavras, este qualificador é notado apenas quando o consumidor percebe que os distúrbios de percepção são induzidos pelo consumo de canábis. Esta experiência é distinta do transtorno psicótico induzido pela substância.

CID-10 intoxicação aguda

A intoxicação aguda é uma condição transitória que se segue ao consumo de álcool ou de outra substância psicoativa, resultando em perturbações ao nível da consciência; da cognição; da percepção; afetivas; do comportamento; ou outras funções psicofisiológicas. O ICD-10 especifica que este diagnóstico deve ser

um diagnóstico principal apenas nos casos em que a intoxicação ocorre na ausência de problemas com álcool ou relacionados com problemas de substâncias mais persistentes. Quando existem tais problemas, deve ser dada precedência ao diagnóstico de uso nocivo (f1x.1), síndrome de dependência (f1x.2) ou transtorno psicótico (f1x.5).

B) O abuso de canábis e uso nocivo

CID-10 (WHO, 2004) Uso nocivo	DSM-IV-TR (APA, 2000) Abuso
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de substâncias psicoativas que causa danos para a saúde física ou mental do consumidor • Padrões de uso nocivo são frequentemente criticados por outros • Padrões de uso nocivo são frequentemente associados a consequências sociais adversas 	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por uma (ou mais) das seguintes ocorrências num período de 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Falhas recorrentes no cumprimento de obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa • Consumo de canábis recorrente em situações em que é fisicamente danoso

C) A dependência de canábis

Fazer um diagnóstico de dependência de canábis ajuda os técnicos a darem ao utente feedback sobre os malefícios associados ao consumo de tal substância. A dependência é caracterizada por um acentuado sofrimento, resultante de um conjunto recorrente de problemas que refletem um controlo deficiente sobre o consumo de canábis, o qual se mantém, apesar dos danos dele decorrentes. Veja o quadro 3 para obter uma lista dos critérios em ambos os sistemas de classificação.

Quadro 3: Os critérios de dependência de canábis (CID-10 e DSM-IV-TR)

Ambos os sistemas de classificação afirmam que o diagnóstico é fundamentado caso três dos seguintes critérios ocorreram dentro de um período de 12 meses:

ICD-10 (WHO, 2004) critérios de dependência	DSM-IV-TR (APA, 2000) critérios de dependência
Um forte desejo ou compulsão para consumir canabinóides	Há um desejo persistente em consumir canábis ou existiu, um ou mais que um esforço para reduzir ou controlar o consumo de canábis, sem sucesso
Dificuldades em controlar o comportamento de consumo de canabinóides em termos de início, termo ou níveis de consumo	A canábis é usada em maiores quantidades ou por um período mais longo do que a pessoa pretende
Um estado de abstinência fisiológica quando o uso de canabinóides cessa/ou é reduzido, evidenciando síndrome de abstinência para canabinóides; ou quando o uso do mesmo (está intimamente relacionado) tem a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência	Paragem caracterizada por uma das seguintes situações: a) sintomas de abstinência b) a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
Evidência de tolerância, de tal modo que o aumento das doses de canabinóides são necessárias a fim de se conseguir efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas	Tolerância, definida por qualquer uma das seguintes situações: a) a necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para ficar intoxicado ou sob o efeito desejado; b) efeito marcadamente reduzido com o uso continuado da mesma quantidade de substância
Abandono progressivo de atividades ou interesses alternativos devido ao uso de canabinóides ou, um aumento do tempo despendido para obter ou consumir a substância, ou para recuperar dos seus efeitos	Gestão do tempo em função da aquisição, consumo e recuperação dos efeitos de uso de canábis
Persistência do consumo de canábis mesmo perante a evidência clara de consequências manifestamente prejudiciais (no entanto deve ser determinado se o consumidor estava realmente consciente da natureza e extensão do dano, ou poderia vir a estar)	O consumo de canábis mantém-se apesar da existência de problemas persistentes ou recorrentes; sociais, psicológicos, ou físicos que são causados ou agravados pelo uso de canábis
A apresentação de um comportamento padronizado de consumo de canábis pode também ser um indicador	Atividades recreativas sociais ou ocupacionais importantes são abandonadas ou reduzidas por causa do consumo de canábis

1.7 Risco de dependência

A maioria das pessoas que experimentam canábis não se torna dependente desta substância. As taxas de prevalência ao longo da vida adulta para a dependência de canábis situam-se entre os 9-15% (Degenhardt, Hall, e Lynskey, 2001; Anthony, Warner, & Kessler, 1994). Tal como acontece com outras substâncias, o risco de desenvolver dependência parece ser maior naqueles indivíduos com história de consumo de canábis frequente ou diária e naqueles que o iniciam precocemente (Coffey, et al., 2002).

1.8 Síndrome de abstinência de canábis

Durante a última década, estudos clínicos produziram evidências sobre a existência de síndrome de abstinência de canábis. Atualmente, estes sintomas não estão documentados no DSM-IV-TR ou no ICD-10. Nos estudos sobre o tratamento, a percentagem de utentes que relatam sintomatologia de

abstinência de canábis varia entre os 50% e os 95% (Budney & Hughes, 2006). Os sintomas geralmente surgem depois de 1-3 dias de abstinência, sendo o pico entre o segundo e o sexto dia, e normalmente duram de 4 a 14 dias (Budney et al., 2003). A gravidade dos sintomas de abstinência relaciona-se com as dificuldades em abandonar os consumos (Stephens, Roffman, e Simpson, 1993; Copeland et al., 2001; Budney et al., 2000). Por isso, discutir as questões da sintomatologia da abstinência tornou-se um aspeto importante no tratamento. Recomendamos o uso de técnicas psicoeducativas (ver secção "materiais") para identificar os sintomas e padrões típicos da síndrome de abstinência, de modo a que estas questões possam ser integradas no plano de tratamento.

Os sintomas de abstinência mais comuns aparecem no Quadro 4.

Quadro 4: Sintomas de abstinência de canábis

Sintomas	Duração	Prevalência
Raiva, agressão, irritabilidade	Alguns dias a 3 semanas	Prevalência alta
Ansiedade/nervosismo	Alguns dias a 3 semanas	Prevalência alta
Inquietação	Alguns dias a 3 semanas	Prevalência alta
Dificuldades de sono, incluindo sonhos estranhos	Alguns dias a 4 ou +semanas	Prevalência alta
Vontade de consumir	Alguns dias	Comum
Alteração de peso/diminuição de apetite	Geralmente na primeira semana	Comum
Humor deprimido	Pouco claro, geralmente 4 ou + semanas	Menos comum
Desconforto físico: dores de estômago, calafrios, sudorese, ou tremores	Alguns dias a 3 semanas	Menos comum

1.9 Tratamentos de canábis

Atrair utentes ao tratamento é um desafio para muitos serviços vocacionados para os comportamentos aditivos e dependências, incluindo os direcionados para o tratamento do uso de canábis. Stephens et al. (2007) relataram que somente 9,8% daqueles que preenchiem os critérios para dependência ou abuso de canábis em 2003, receberam tratamento. Ou seja, uma proporção menor do que aqueles que satisfaziam os critérios para outros tipos de substâncias. Infelizmente, como acontece com outras substâncias, muitas pessoas voltam a consumir canábis depois de terem completado o tratamento. Apesar disso, o tratamento melhora as suas vidas ajudando-os a reduzir a quantidade de canábis consumida, mitigando problemas de saúde e sociais associados. À medida que aprendemos mais com base nos problemas relatados pelos consumidores, o tratamento tornar-se-á mais eficaz em termos de desenvolvimento e avaliação. A pesquisa atual em termos de intervenções específicas para a canábis, está resumida abaixo.

A) As intervenções psicológicas

Até à data, nove ensaios aleatórios para adultos com abuso de canábis/dependência foram relatados na literatura publicada (Budney & Hughes, 2006). Os resultados indicam que os tratamentos ambulatoriais com base comportamental são eficazes para a redução do consumo de canábis e com sucesso para a

abstinência. A Terapia Cognitivo Comportamental (CBT) tem sido a pedra angular da maioria das intervenções (Budney et al., 2007). A CBT inclui o ensino e prática de competências cognitivas e comportamentais para lidar com fatores de risco (recusa de substâncias, lidar com as vontades de consumir, a gestão do humor, o evitar de ambientes que oferecem alto risco de uso de substâncias, e a procura de atividades alternativas, etc.). É essencial que a pessoa se foque nos sentimentos experienciados e responda aos pensamentos e experiências negativas no sentido de os modificar.

Uma série de opções de tratamento com base no comportamento têm sido apresentadas como sendo eficazes no tratamento da dependência de canábis. Estas incluem Terapias do Aumento da Motivação (MET) combinadas com a Terapia Cognitiva Comportamental (CBT) e com a Gestão da Contingência (CM). Estas abordagens serão discutidas em detalhe no capítulo 6.

B) As intervenções farmacológicas

Atualmente, não existem medicamentos aprovados para a dependência de canábis ou para os sintomas decorrentes da sua abstinência. Pesquisas realizadas durante os últimos dez anos começaram a explorar medicamentos que podem tanto bloquear os sintomas de abstinência de canábis como bloquear os efeitos do consumo da canábis. Estes medicamentos ainda estão em fase experimental. Mais informações estão inscritas no capítulo 5.

C) Autoajuda/grupos de apoio mútuo

Embora não existam estudos sobre estes resultados, os consumidores de canábis podem encontrar programas de apoio de pares, tais como, os que existem direcionados para os problemas com álcool e outras substâncias. Um grupo de autoajuda é qualquer grupo que tem como objetivo apoiar e cuidar dos seus membros, os quais partilham um problema comum, de forma pragmática. Os dois tipos de grupo mais conhecidos são: (1) Marijuana Anonymous/Narcóticos Anónimos, e os (2) Self Management and Recovery Training (SMART).

Os grupos de Narcóticos Anónimos (NA) e de Marijuana Anonymous baseiam-se na teoria dos 12 Passos e são grupos com base na espiritualidade. O objetivo principal do MA é " ficar livre de canábis e ajudar o adito de canábis que ainda sofre a alcançar a mesma liberdade".

Não há estudos experimentais que inequivocamente demonstrem a eficácia das abordagens dos Alcoólicos Anónimos ou 12 Passos para reduzir a dependência ou problemas de álcool, e não existem estudos que sirvam para a canábis (Ferri, Amato & Davoli, 2006). Os utentes que pretendam frequentar tais grupos, não devem ser desencorajados a fazê-lo.

Outros grupos de apoio mútuo, não com base no modelo de 12 Passos, como o SMART (incluindo grupos on-line), encontram-se disponíveis em muitos países (por exemplo <http://www.smartrecoveryaustralia.com.au/>). Estes grupos baseiam-se em princípios de CBT, são práticos e focados nas soluções, e ensinam os membros do grupo:

- A melhorar e manter a motivação para abstinência;
- A lidar com os impulsos;
- Na resolução de problemas (gestão de pensamentos, sentimentos e comportamentos);
- No balanço acerca dos estilos de vida (equilíbrio entre satisfações momentâneas e duradouras).

Até ao momento não existem dados sobre os resultados disponíveis do programa SMART. Numa avaliação interna dos participantes dos grupos em Sydney, quatro em cada cinco (83%, ou 90%) indicaram que o programa lhes tinha dado "muita ajuda" (AER, 2006).

1.10 Políticas para os danos da canábis

Atualmente a política australiana para a canábis é guiada pela Estratégia Nacional de Canábis 2004-2009 (Commonwealth of Australia, 2006), que engloba:

- **Redução da oferta:** estratégias para interromper a produção e fornecimento de substâncias ilícitas, e o controlo e a regulação de substâncias lícitas;
- **Redução da procura:** estratégias de prevenção do consumo nocivo de substâncias, incluindo estratégias orientadas para a abstinência, e tratamento para a redução do uso de substâncias;
- **Redução de danos:** estratégias de redução dos danos relacionados com as substâncias, nos indivíduos e nas comunidades

Alguns países, especialmente a Austrália e a França, desenvolveram clínicas especializadas no tratamento de canábis a fim de melhorar o acesso àqueles com problemas associados a este consumo. A canábis continua a ser ilegal em todos os estados da Austrália, mas foi descriminalizada, em alguns deles. A descriminalização consiste na substituição de sanções penais (ou seja, prisão) por sanções administrativas (ou seja, multas e advertências).

Os Estados que utilizam a proibição são:

- South Australia (1987)
- Australian Capital Territory (1992)
- Northern Territory (1996)
- Western Australia (2004)

Os Estados que utilizam a proibição com advertências:

- Tasmania (1998)

- Victoria (1998)
- New South Wales (2000)
- Queensland (2001)

1.11 Abordagens penais internacionais

As Leis das Substâncias são orientadas pela United National Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988). A convenção estabeleceu uma diferença entre a intenção de tráfico e posse, compra e cultivo de substâncias para consumo pessoal. Em vários países, a posse de uma quantidade de canábis para uso pessoal é descriminalizada e, há muitos outros países em que a prioridade já não é a aplicação lei, e noutros as sentenças foram reduzidas (Jelsma, 2008).

A descriminalização existe em muitos países da E.U. (incluindo a Bélgica, Itália, República Checa, Portugal e Dinamarca) e nalguns estados norte-americanos.

Algumas jurisdições na Europa (Espanha e partes dos Países Baixos e Alemanha) mantêm a ilegalidade da canábis, mas não a aplicam, resultando numa situação em que " existe legalização *de facto* " da posse de pequenas quantidades de substância em algumas circunstâncias. Nalguns países, sendo o exemplo mais conhecido, a Holanda, a venda é permitida até 5 g de canábis para adultos em coffee-shops.

Sumário das Leis	A canábis é ilegal em todo o mundo, mas existem países que têm diminuído as penalidades pela posse de pequenas quantidades de canábis, sendo esta punida com uma multa e/ou advertência, em vez de prisão. Veja <i>NCPIC Criminal Justice Bulletin</i> , Março de 2009, para mais detalhes. www.ncpic.org.au
-------------------------	--

1.12 Referências

Alcohol Education and Rehabilitation Foundation (AER). (2006). *St Vincent's Hospital Alcohol and Drug Service Final Report: Smart Recovery*. Sydney: AER.

Advisory Council on the Misuse of Drugs. (2008). Home Office Cannabis Potency Study. Available on line: <http://drugs.homeoffice.gov.uk/publicat...iew=Binary>

Agnosti, V. & Levin, F. (2004). Predictors of treatment contact among individuals with cannabis dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 30(1), 121–127.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. (DSM-IV-TR). Arlington, VA: APA.

Anthony, J.C., Warner, L.A. & Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2,244–268.

Australian Institute of Health and Welfare. (2008a). *National Drug Strategy Household Survey: First Results*. Drug statistics series no. 20. AIHW cat. no. AUS 104. Available on line: <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10579>

Australian Institute of Health and Welfare. (2008b). Alcohol and other drug treatment services in Australia 2006–07: Findings from the National Minimum Data Set. Available on line: <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10591>

Budney, A.J. & Hughes, J.R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 233–238.

Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J., & Novy, P.L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(6), 1051–1061.

Budney, A.J., Moore, B.A., Vandrey, R.G., & Hughes, J.R. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology* 112(3), 393–402.

Budney, A.J., Roffman, R., Stephens, R.S., & Walker, D. (2007). Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Science & Clinical Practice* 4(1), 4–16.

Clough, A., d'Abbs, P., Cairney, S., Gray, D., Maruff, P., Parker, R., & O'Reilly, B. (2004). Emerging patterns of cannabis and other substance use in Aboriginal communities in Arnhem Land, Northern Territory: A study of two communities. *Drug and Alcohol Review* 23(4), 381–390.

Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M., Sanci, L., & Patton, G.C. (2002). Cannabis dependence in young adults: An Australian population study. *Addiction* 97, 187–194.

Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens, R. (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 55–64.

Commonwealth of Australia. (2006). *National Cannabis Strategy 2006–2009*. Available on line: <http://www.ag.gov.au/cca>

Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence* 64(3), 319–327.

ElSohly, M.A., Ross, S.A., Mehmedic, Z., Arafat, R., Yi, B., & Banahan, B.F. (2000). Potency trends of delta-9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980–1997. *Journal of Forensic Science* 45, 24–30.

EMCDDA. (2004). *EMCDDA insights: An overview of cannabis potency in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2008). *A cannabis reader: Global issues and local experiences*. Monograph series 8, Volume 1. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (art. no. CD005032). Available on line: <http://dx.doi.org/doi:10.1002/14651858.CD005032.pub2>

Gates, P., Taplin, S., Copeland, J., Swift, W., & Martin, G. (2008). *Barriers and facilitators to cannabis treatment*. Bulletin no. 4. Available on line: <http://www.ncpic.org.au>

Hall, W. & Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet* 352, 1611–1616.

Huestis, M.A., Barnes, A. & Smith M.L. (2005). Estimating the time of last cannabis use from plasma Δ^9 -tetrahydrocannabinol and 11-nor-9-carboxy- Δ^9 -tetrahydrocannabinol concentrations. *Clinical Chemistry* 51(12), 2289–2295.

Iversen, L. (2007). *The science of marijuana*, 2nd ed. New York. NY: Oxford University Press.

Jelsma, M. (2008). *The current state of drug policy debate: Trends in the last decade in the European Union and United Nations*. Support text for the first meeting of the Latin American Commission on Drugs and Democracy. Available on line:

http://www.ungassondrugs.org/index.php?Option=com_content&task=view&id=206&Itemid=79

McLaren, J., Swift, W., Dillon, P., & Allsop, S. (2008). Cannabis potency and contamination: A review of the literature. *Addiction* 103(7), 1100–1109.

Morgan, C. & Curran, H. (2008). Effects of cannabidiol on schizophrenia-like symptoms in people who use cannabis. *The British Journal of Psychiatry* 192, 306–307.

Potter, D., Clark, P. & Brown, M. (2008). Potency of Δ^9 -THC and other cannabinoids in cannabis in England in 2005: Implications for psychoactivity and pharmacology. *Journal of Forensic Science* 53(1), 90–94

Poulsen, H.A. & Sutherland, G.J. (2000). The potency of cannabis in New Zealand from 1976 to 1996. *Science Justice* 40, 171–176.

Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S., & Reuter, P. (2008). *The global cannabis commission report: Cannabis policy: Moving beyond stalemate*. Oxford: The Beckley Foundation. Available on line:

http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Cannabis_Commission_Report.pdf

Roxburgh, A. & Degenhardt, L. (2008). Characteristics of drug-related hospital separations in Australia. *Drug and Alcohol Dependence* 92(1), 149–155.

Stephens, R.S., Roffman, R., Fearer, S., Williams, C., & Burke, R. (2007). The marijuana check-up: Promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction* 102(6), 947–957.

Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson, E.E. (1993). Adult cannabis users seeking treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 61, 1100–1104.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. (2002). *National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies.(2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH series no. H-34, DHHS publication no. SMA 08-4343. Rockville, MD: Office of Applied Studies.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. (2009). *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights: 2007 National admissions to substance abuse treatment service*. OAS series no. S-45, DHHS publication no. SMA 09-4360. Rockville, MD: Office of Applied Studies.

UNODC. (2008). *World Drug Report 2008*. Available on line: <http://www.unodc.org>

World Health Organization (WHO). (1992). *ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (1997). *Cannabis: A health perspective and research agenda*. Geneva: WHO.

Capítulo 2: Trabalhar com consumidores de canábis

2.1. Princípios gerais do trabalho com consumidores de canábis

Os resultados das pesquisas sobre tratamento em ambulatório, sugerem que a maioria das terapias, quando comparadas diretamente em estudos aleatórios, são igualmente eficazes. Contudo, a pesquisa também tem demonstrado que uma forte relação terapêutica é uma condição necessária, mas não suficiente, para a efetiva psicoterapia. De acordo com Ackerman & Hilsenroth (2003), uma forte relação terapêutica envolve flexibilidade, honestidade, respeito, confiança, cordialidade, confidencialidade, interesse e abertura. Em última análise, a eficácia da terapia baseia-se na capacidade de se estabelecer uma relação terapêutica e nas competências e conhecimentos específicos do terapeuta. Isto é especialmente verdadeiro no trabalho na área da canábis, na qual a maioria dos consumidores não vão voluntariamente procurar ajuda para o seu comportamento de uso da substância e, portanto, as intervenções poderão ter de ser adaptadas para consumidores que possam estar ambivalentes sobre como fazer alterações ao seu comportamento de uso de substâncias. Além disso, o uso da canábis pode ser secundária ao uso de outras substâncias, problemas de saúde ou condições de saúde mental.

Trabalho com consumidores de canábis – Dicas importantes
Dada a variedade de configurações de tratamento, com a exceção das unidades de alcoologia e de outras substâncias, aos quais os consumidores de canábis têm acesso, é importante que a avaliação geral passe pela avaliação do consumo de canábis
A avaliação deve ser considerada parte integral do processo empático e de tratamento, ao invés de um processo independente
A intervenção precoce no percurso de uso, oferece a oportunidade para se intervir antes dos comportamentos se tornarem enraizados. O uso de entrevistas motivacionais é sugerido a fim de se aumentar o envolvimento
Dados empíricos baseados em intervenções de canábis, devem ser explicados ao consumidor e incorporados num plano de tratamento compreensivo, com metas e intensidade do tratamento individualizado
Quando relevante, o consumo de canábis pode ser abordado no contexto de outras substâncias
As intervenções podem precisar de ser aplicadas repetidamente antes da mudança significativa ser alcançada, porque o uso de substâncias, incluindo o uso de canábis, é condição cíclica e recidivante
Alguns consumidores podem ter outros distúrbios associados, o que afeta todas as fases do processo de mudança
Determinar os objetivos do tratamento, que podem ser transitórios e progressivos, até atingir os objetivos finais
Integrar tratamento do uso/abuso de substâncias com os serviços paralelos, como de saúde mental ou de justiça, para melhor atender às necessidades complexas

2.2. Intensidade do Tratamento

O tratamento faseado envolve uma série de intervenções, desde a menos intensa até à de maior intensidade, com a avaliação de cada um dos níveis de intervenção, tendo em conta resposta do consumidor ao nível anterior.

O tratamento por fases promove uma melhor prática para a integração, para a formulação e para o planeamento de tratamento, no processo de intervenção, e é útil para determinar o nível da intervenção necessário para um indivíduo. Por exemplo, uma intervenção breve motivacional pode ser suficiente para alguns, mas não para outros consumidores. Os consumidores que não evoluam depois de uma intervenção breve, podem ter de passar para o nível de cuidados seguintes (por exemplo, um ambulatório de 12 sessões). Se continuar a ter problemas, um plano de tratamento mais abrangente pode ser necessário (por exemplo, tratamento para situação de comorbilidades; envolvimento da família; etc.). O nível de intervenção necessário para o sucesso não se relaciona necessariamente com o nível de utilização (ou seja, nem todos os consumidores de canábis requerem um programa de tratamento abrangente).

Os indivíduos que têm cumulativamente problemas de saúde mental, problemas com álcool e outros problemas de substâncias, são muito heterogêneos em termos de tipo, gravidade, e prontidão para lidar com seus vários problemas em tratamento, e a intervenção por fases possibilita a flexibilidade do tratamento. A intervenção por fases pode:

- Permitir flexibilidade na intervenção e combina o tratamento com as necessidades do consumidor. Ou seja, os consumidores com dependência mais grave devem ser incentivados a participar em intervenções mais intensivas (variando em termos de tempo e em número de consultas em ambulatório). Para além da intensidade ligada ao tratamento, a severidade do problema e o tratamento adequado, considera-se ainda a motivação, o funcionamento cognitivo e outras variáveis como idade, sexo, questões culturais e problemas psicológicos subjacentes.
- Aumentar o acesso ao serviço, reduzindo desnecessariamente intervenções intensivas para aqueles com questões menos problemáticas relacionadas com a canábis.
- Otimizar o uso de recursos como o tempo dos profissionais.

2.3 Princípios Gerais das Intervenções com Canábis

Há uma série de princípios clínicos que devem ser considerados nas diferentes opções de tratamento para a dependência da canábis:

- O progresso do utente pode ser variável, logo as intervenções (incluindo aquelas que são individuais) terão de ser adaptados às necessidades individuais.
- As competências básicas de aconselhamento são importantes para se motivar os consumidores de canábis, incluindo a empatia e o uso de perguntas abertas finais;
- O abandono precoce (isto é, pessoas que vão apenas a uma sessão) é comum, pelo que é necessário, priorizar as mensagens-chave e trabalhar no estabelecimento e construção da motivação na primeira sessão;
- A pesquisa ainda não estabeleceu o número ótimo de sessões para oferecer aos consumidores dependentes de canábis. Estudos sugerem que as sessões individuais podem ser eficazes mas a continuidade dos cuidados neste acompanhamento depende da complexidade do caso e de questões motivacionais do utente.

2.4 Contexto

Intervenções em cuidados de saúde primários

Os contextos de cuidados de saúde primários proporcionam uma excelente oportunidade para a prestação de intervenções breves para abordar o uso problemático de canábis. Na maioria dos casos, nestes serviços, os consumidores não pedem ajuda para o seu consumo de canábis. É aqui que se tornam importantes os materiais de rastreio e as questões sobre o estilo de vida (que incluem o uso de substâncias), contribuindo para a apresentação de preocupações com a saúde. Enquanto alguns consumidores podem evitar conversas sobre o seu uso de substâncias, outros ficam aliviados pois ainda não tinham tido oportunidade de o fazer. Além disso, os técnicos devem estar atentos a sinais subtis que os consumidores possam dar a fim de perceber se é seguro falar sobre o uso de canábis. No mínimo, esse ambiente vai permitir e encorajar o fornecimento de panfletos e o rastreio básico de deteção dos consumos.

Intervenções em ambulatório

De forma consistente com outras intervenções dirigidas a desordens de uso de outras substâncias, também no caso da canábis a maioria das intervenções breves podem ir de 1 a 5 sessões. Isto é consistente com as evidências e com os padrões descritos no conjunto de dados sobre tratamento. Os capítulos de triagem e de avaliação fornecem linhas de orientação para domínios de avaliação e intervenção breves e apresentam esboços de opções de tratamento. Os técnicos, em serviços de ambulatório, devem ser proficientes na avaliação e na prestação de intervenções breves. Estas orientações irão contribuir para o desenvolvimento de um guia de recursos para os utentes. Este pode incluir uma lista de grupos de apoio locais e de material de autoajuda.

Internamento e comunidades terapêuticas

Embora estas linhas de orientação sugiram que a primeira linha de tratamento para problemas de canábis é o ambulatório, os consumidores com síndrome de abstinência grave, dependência de múltiplas substâncias (especialmente álcool e benzodiazepinas) e problemas agudos ou crônicos de saúde mental, têm maior risco de consequências adversas durante a retirada das substâncias e podem exigir o internamento ou a integração em comunidades terapêuticas. Nestas situações, o consumo de canábis pode não ser trabalhado especificamente, mas tratado no contexto de um programa geral de abstinência de álcool e de substâncias. As fichas de trabalho fornecidas, na parte final destas linhas de orientação, podem ser usadas para trabalhar individualmente com os utentes que desejem abordar o uso de canábis durante o internamento. É altamente recomendado que tanto no internamento como na integração em comunidade terapêutica, seja constituído pelo menos um grupo direcionado para o tratamento específico da canábis, considerando a prevalência, entre os consumidores de substâncias ilícitas, do consumo de canábis e de comorbilidade associada a dependência do uso de substâncias.

2.5 Leituras Complementares

Addy, D., Ritter, A., Lang, E., Swan, A., & Engeland, M. (2000). *Key principles and practices*. Clinical treatment guidelines for alcohol and drug clinicians no. 1. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.

Gates, P., Taplin, S., Copeland, J., Swift, W., & Martin, G. (2009). *Barriers and facilitators to cannabis treatment*. NCPICTechnical Report # 1. Sydney: NCPICT. Available online: <http://www.ncpic.org.au>

Jarvis, T., Tebbutt, J., Mattick, R., & Shand, F. (2005). *Treatment approaches for alcohol and drug dependence*, 2nd edn. London: John Wiley and Sons.

Marsh, A. & Dale, A. (2006). *Addiction counselling: Content and process*. East Hawthorn, Vic: IP Communications.

Miller, W. & Heather N. (1998). *Treating addictive behaviours*, 2nd edn. New York: Plenum Press.

NSW Department of Health. (2008). NSW Health drug and alcohol psychosocial interventions: Professional practice guidelines. Available on line: <http://www.health.nsw.gov.au>

Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005). *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. DHHS publication no. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

2.6 Referências

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23, 1–33.

Capítulo 3: Rastrear o uso de canábis

O atendimento inicial com o utente deverá centrar-se na empatia e na identificação das questões do uso, considerando-se esta a melhor prática clínica. Para o rastreio do uso de canábis é relevante estabelecer onde o fazer, se nos cuidados de saúde, nos locais de trabalho, ou nas escolas, contextos onde é

importante a detecção dos riscos do uso, bem como, onde as intervenções são tipicamente breves e a referência é possível.

3.1. O que é o rastreio?

O rastreio é um método rápido para determinar se um distúrbio, como o uso problemático de substâncias, ou uma situação de saúde mental, como a depressão, estão instalados. O rastreio é um processo para identificar a eventual existência de um problema. Nem sempre constata a existência de um distúrbio, tão pouco permite considerações acerca do papel do uso de canábis na vida do consumidor. O rastreio pode ser facilmente aplicado na prática clínica e pode ser a porta de entrada para o cuidado clínico. Um rastreio positivo vai induzir, na maioria das vezes, uma avaliação detalhada do nível de risco.

O rastreio não é avaliação

A avaliação não é diagnóstico

Diagnóstico não é formulação do caso

Formulação do caso não é tratamento

Lee et al.(2007)

3.2. Racional

O rastreio como procedimento habitual para a identificação do uso de canábis é importante por muitas razões:

1. Os consumidores de canábis podem procurar apoio para outros problemas, tais como má qualidade do sono, raiva, depressão, ansiedade, problemas relacionais ou problemas respiratórios, e não mencionarem que consomem canábis
2. A detecção precoce das questões relacionadas com o uso de canábis é importante na prevenção da escalada de problemas
3. Só uma pequena minoria dos consumidores de canábis procura ativamente alguma forma de intervenção direcionada ao uso. Embora muitos dos consumidores de canábis apenas tenham pequenos problemas com o seu uso, uma proporção expressiva experiencia dependência significativa. Estes consumidores relatam danos que os afetam, e danos que afetam outras pessoas, mas, ainda assim, não procuram tratamento.
4. O uso de canábis é bastante comum, especialmente nas faixas etárias entre os 15 e os 30 anos e em indivíduos consumidores de outras substâncias ilícitas, com problemas de saúde mental. Aqueles que se apresentem com novos problemas respiratórios, tais como asma ou tosse devem ser rastreados para o consumo de canábis, uma vez que é um fator potenciador destes problemas.

3.3. Como e quando fazer o rastreio do uso de canábis.

Devido ao uso difundido de canábis, a orientação é de que **todas as pessoas que acedem aos cuidados de saúde devem ser rastreadas** para este consumo.

Os procedimentos de rastreio e de avaliação, estão subjacentes à especificidade dos serviços de saúde em questão, como estabelecido no quadro 5.

Quadro 5: Oportunidades de rastreio

Profissionais de Saúde	Oportunidades de rastreio do uso de canábis
Médico de família	Qualquer consulta de rotina, ou consulta antitabágica, ou relacionada com a função respiratória, a saúde mental, ferimentos, planeamento familiar, acidente ou sono
Serviços locais de saúde	Quaisquer serviços de aconselhamento generalistas, especialmente os que se dirigem aos jovens
Técnicos de saúde mental	Toda a avaliação compreensiva deve incluir um rastreio a todas as substâncias, especialmente as que podem induzir psicose
Técnicos de saúde hospitalares	Atendimentos relacionados com a saúde mental, ferimentos, problemas respiratórios, especialmente na população dos 15 aos 40 anos.

3.4 Como introduzir o rastreio ao utente

Informar os utentes do porquê e de como vai ser efetuado o rastreio para o uso de canábis, ajudará a proporcionar um contexto não ameaçador. Em qualquer serviço é importante assegurar ao utente que o que diz manter-se-á confidencial e que apenas se usará a informação para planear o tratamento. Há ainda a necessidade de discutir as limitações relevantes da confidencialidade do serviço (incluindo o risco de suicídio e obrigações éticas/deontológicas). Num serviço não especializado em álcool e outros tratamentos da dependência de substâncias, o rastreio é realizado pelo médico ou enfermeiro, pelo que é importante introduzir o rastreio de uma forma não ameaçadora. Por exemplo:

“Eu vou, agora, colocar-lhe algumas questões acerca do seu estilo de vida. Tudo bem? [abordagem colaborativa]

Pois bem, primeiro, usa álcool ou tabaco [se sim, quanto]? Já usou alguma outra substância [se sim, quantificar e explorar usando especificamente o nome de cada uma das substâncias]?”

Se forem utilizados questionários estandardizados é importante discutir a sua relevância no procedimento de avaliação. Deve ser explicado o propósito de cada instrumento, a finalidade dos resultados, quem vai ter acesso aos mesmos e quanto tempo levam a serem preenchidos. Adicionalmente deve-se pedir permissão para administrar os questionários depois de fornecer toda a informação atrás descrita. Todas estas ferramentas recomendadas são breves e podem ser cotadas na sessão e os resultados incorporados no feedback que é imediatamente dado ao utente.

3.5 Tipos de rastreio

O rastreio pode ser estandardizado ou não, as questões podem ser abertas ou fechadas. A maioria dos instrumentos de rastreio utiliza questões fechadas. Sugere-se que depois de se introduzir o rastreio ao utente como recomendado em 3.4, os profissionais de saúde comecem por fazer questões gerais e abertas acerca do uso de canábis tal como é sugerido no quadro 6.

Quadro 6: Exemplos de questões abertas e fechadas

Questões fechadas	Questões abertas
Que idade tinhas quando consumiste pela primeira vez canábis?	Fala-me acerca das tuas primeiras experiências de uso de canábis.
Com que frequência usas canábis?	Como é que o teu uso de canábis se alterou ao longo do tempo?
Que idade tinhas quando começaste a usar diariamente?	Descreve algumas das tuas experiências recentes de uso de canábis.
Quando foi a primeira vez que pensaste ter um problema com o consumo de canábis?	És capaz de dizer as coisas menos positivas que experimentas quando usas canábis.

Adaptado de Steinberg et al. (2005)

3.6 Instrumentos de rastreio estandardizados

Os instrumentos psicométricos são usados, muitas vezes, como coadjuvantes para a avaliação clínica (ver quadro 7). A evidência científica mostra que a Escala de Severidade da Dependência (SDS) é um bom instrumento para ser usado no rastreio; os outros instrumentos de medida, abaixo reportados, ainda estão em fase de fundamentação da sua evidência científica. Urge notar que o quadro não é uma lista exaustiva dos instrumentos disponíveis e que os instrumentos disponíveis não são de diagnóstico.

Quadro7: Instrumentos de rastreio

Instrumentos	N.º de itens	Descrição	Propriedades psicométricas
--------------	--------------	-----------	----------------------------

<p>Escala de Severidade da Dependência de Canábis (SDS)</p> <p>(Gossop et al., 1995)</p>	5	<ul style="list-style-type: none"> • Válida • Fiável • Testada com adolescentes, adultos e população psiquiátrica • Disponíveis versões para adultos e adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 64-86%, especificidade 82-94% em adultos (Swift, Copeland & Hall, 1998); e sensibilidade 64% e especificidade 94% (cut-off 4) em população jovem não sujeita a ambiente clínico (Martin et al., 2006)
<p>Teste de Identificação de Transtornos de Uso de Canábis</p> <p>(Adamson & Sellman, 2003)</p>	10	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-relato para adultos • Disponíveis normas de cut-off 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 73%; especificidade 95% • Validação do preditivo positivo global 84%
<p>Teste de Identificação de Problemas do Uso de Canábis</p> <p>(Bashford, 2007)</p>	16	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento específico para canábis que pode identificar e prenunciar problemas em adolescentes e adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 98%; especificidade 35% • Validação do preditivo positivo global 95%
<p>Testes de Rastreio do Uso de Álcool, Tabaco e Substâncias (ASSIST)</p> <p>(WHO ASSIST Working Group, 2002)</p>	8	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreio genérico para álcool e outras substâncias (incluindo canábis) • Administrado por técnico; inclui feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • 91% sensibilidade; 90% especificidade (Humenuik et al., 2008)
<p>Instrumento de Rastreio Orientados para Adolescentes (POSIT)</p> <p>(versão curta)</p> <p>(Knight, 2001; Danseco & Marques, 2002)</p>	11	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica adolescentes com necessidade de futura avaliação de abuso de substâncias 	<ul style="list-style-type: none"> • Fidelidade de 84%; com rácios de sensibilidade e especificidade de 95% e 79% respetivamente (Latimer, Winters & Stinchfield, 1997)

Depois de administrar os instrumentos de rastreio é importante fornecer feedback individualizado acerca dos resultados. É nesta altura, que se poderá encontrar alguma resistência por parte do utente. O que se segue ilustra alguns exemplos de respostas do utente e a forma como atuar de acordo com o modelo de Entrevista Motivacional (ver Capítulo 6 para mais informação acerca desta abordagem).

“Utente: Fumar canábis não é um problema para mim.”

“Técnico: O que me está a dizer é que não acha que precisa de reduzir já o uso de canábis (reflete de volta). E que, sente que tem controlo sobre o seu uso.”

“Utente: A canábis não é tão prejudicial quanto as outras substâncias.”

“Técnico: O que pensa é que o uso de canábis não é tão prejudicial quanto as outras substâncias (reflete de volta). É capaz de me dizer porque é que usar canábis é menos arriscado para si do que usar as outras substâncias?”

“Utente: Todos os meus amigos fumam mais do que eu.”

“Técnico: Então, acredita que não tem um problema com o uso de canábis porque os seus amigos fumam mais. É assim?”

“Utente: A canábis não causa dependência.”

“Técnico: Sim, é verdade que nem todas as pessoas que usam canábis ficam dependentes. Vamos olhar para as respostas ao teste de rastreio e verificar qual é a sua situação.”

3.7 Marcadores bioquímicos para rastreio e avaliação

Em alguns contextos, os testes de urina, sangue, cabelo e amostras de fluídos orais, para despiste de uma substância, ou de metabolitos de uma substância, são aceitáveis para avaliação do uso dessa substância. Os marcadores biológicos guiam a escolha de posteriores métodos de avaliação. Por exemplo, se um utente acusa positivo para uma substância no rastreio, instrumentos como a Escala de Severidade da Dependência de Canábis (SDS) (Gossop et al., 1995), pode ser adequada para determinar a severidade do uso. Os marcadores bioquímicos podem também ser usados para validar os auto-relatos.

Há dois tipos de testes bioquímicos: testes de rastreio e testes de confirmação.

A. Testes de Rastreio

Os testes de rastreio (por exemplo, testes descartáveis de urina) tendem a ser muito específicos, mas pode faltar-lhes sensibilidade. A especificidade refere-se à capacidade de apresentar um resultado negativo em alguém que não usou recentemente uma substância em particular. A sensibilidade, por outro lado, refere-se à capacidade de acusar resultado positivo em alguém que usou recentemente.

B. Testes de Confirmação

A confirmação de um rastreio positivo envolve o uso de um segundo e mais rigoroso método de deteção, que normalmente é realizado em laboratório. O método mais usado para procedimento de confirmação é a cromatografia gasosa ou a espectrometria de massas.

Análise das razões para a testagem bioquímica:

- É uma medida objetiva que fornece resultados sobre o abuso de substâncias ou a recaída com base nos quais se planeiam decisões clínicas e de tratamento
- Pode ser uma exigência médico-legal

- Pode confirmar o progresso clínico. Os serviços laboratoriais locais que fornecem os “ensaios de emites” podem quantificar os canabinóides, mas o que estas quantidades representam pode ser de muito difícil interpretação e, tal não pode ser usado sem uma perícia especializada que forneça uma gama alternativa de possíveis interpretações. Isto pode ser vantajoso no feedback com o consumidor acerca da diminuição dos níveis de canabinóides; na medição dos resultados do tratamento; e, em estudos de investigação. Deverá ser salientado que os resultados destes testes laboratoriais podem não estar imediatamente disponíveis após a recolha da amostra e que estes testes podem ter custos acrescidos.
- Os testes de descartáveis fornecem a imediata confirmação do uso de substância, mas não podem estabelecer se um consumidor apenas a usou recentemente ou se tem um problema de uso crónico. Isto é, estes testes não podem aferir se a canábica foi usada nas últimas 24 horas, quantas vezes foi usada ou quanta quantidade foi consumida.
- Um método menos intrusivo pode ser mais apropriado. Os kits de testes de saliva são cada vez mais usados numa variedade de cenários. A libertação de THC do sangue para a saliva é idiossincrática, contudo os testes de saliva frequentemente não conseguem distinguir o uso imediato, do uso de um dia ou o uso mais longínquo; assim, a deteção de THC, através dos atuais testes de saliva, tem limitações que obrigam a um conhecimento alargado das interpretações alternativas.

Questões clínicas acerca do uso do rastreio bioquímico

Se se considerar o uso de marcadores biológicos deve-se ter em conta os seguintes pontos:

- Quão relevante é a informação objetiva para o feedback e para o planeamento do tratamento?
- Quão importante é o efeito negativo para a aliança terapêutica, quando o consumidor rejeita a realização dos testes de rastreio bioquímico ou é percebido que este subestima o seu uso de canábica?
- O custo do exame. Os custos podem ser proibitivos para determinados indivíduos e serviços e podem ser um impedimento ao tratamento se é pedido ao consumidor que os suporte.
- Todas as opções. Selecionar o teste de entre as opções disponíveis de acordo com a adequação, preço, disponibilidade e intrusão.
- Contexto: seja médico-legal; gestão da contingência; ou tratamento residencial (de médio ou longo termo), os resultados dos testes podem ser usados para aumentar privilégios ou fazer avançar o programa.

Note-se que se um utente solicitar o rastreio de substâncias por amostra de urina para efeitos de justiça criminal ou médico-legal, deve-se garantir que os procedimentos de segurança serão mantidos de forma incorruptível.

Recolha de amostras

O método de recolha de uma amostra de urina para o despiste de substâncias é importante. As técnicas incluem a medição da temperatura ou o pH da amostra imediatamente após ser recolhida, e usar recipientes à prova de adulteração. A recolha de amostras pode necessitar de ser supervisionada para assegurar que se trata da urina da pessoa que vai ser rastreada.

Tempos de deteção

A janela de deteção do último uso de canábis é assunto de debate (Cary, 2006). O grau de deteção é influenciado por várias técnicas (por exemplo, diferentes métodos de testagem e sensibilidades), variáveis farmacológicas, (duração do uso, metabolismo, forma de administração), e diferenças individuais importantes no metabolismo.

Quadro 8: Tempos de deteção do uso de canábis

Quantidade	Na urina*	Em fluídos orais
Um único uso	3-4 dias (50nanogramas/ml) 7 dias (20 nanogramas/ml)	4-14 horas
Ingestão oral	1-5 dias	Desconhecido
Uso diário/uso crónico	10-36 dias	4-30 horas

* Dyer, Wilkinson & Wilkinson, (2008); Cary, (2006)

NB: a variação individual e a variação no método de amostragem podem influenciar significativamente o tempo de deteção.

3.8 Sumário

Recomendações	Evidência
O rastreio do consumo de canábis deve ser realizado como rotina, em diferentes serviços de saúde, incluindo os serviços de saúde especializados no tratamento de álcool e outras substâncias; os serviços de saúde mental; os serviços de urgência; e nos cuidados primários de saúde	A
Um rastreio positivo é o gatilho para uma subsequente avaliação	A
Há poucos instrumentos clinicamente válidos e confiáveis para o rastreio de canábis. Das listadas na Tabela 7, apenas o SDS e o ASSIST, são quanto à evidência e fiabilidade de grau B. As restantes são de fiabilidade de grau C.	B & C

3.9 Referências:

- Adamson, J.D. & Sellman, J.D. (2003).** A prototype screening instrument for cannabis use disorder: The Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol -dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review* 22(3), 309–315.
- Bashford, J.L. (2007).** The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): Development and psychometrics. Unpublished doctoral thesis. Palmerston North, New Zealand: Massey University.
- Cary, P. (2006).** The marijuana detection window: Determining the length of time cannabinoids will remain detectable in urine following smoking: A critical review of relevant research and cannabinoid detection guidance for drug courts. *National Drug Court Institute IV* (2). Available on line: http://www.ndci.org/publications/THC_Detection_Window_Fact_Sheet.final.pdf
- Dansec, E.R. & Marques, P.R. (2002).** Development and validation of a POSIT-short form: Screening for problem behaviors among adolescents at risk for substance use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 11(3), 17–36.
- Dyer, K., Wilkinson, X. & Wilkinson, C. (2008).** The detection of illicit drugs in oral fluid: Another potential strategy to reduce illicit drug-related harm. *Drug and Alcohol Review* 27, 99–107.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995).** The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90, 607–614.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T.F., Farrell, M., Formigoni, M.L., Jittiwutikarn, J., de Lacerda, R.B., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nhwatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V., & Simon, S. (2008).** Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction* 103(6), 1039–1047.
- Knight, J.R. (2001).** Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *Journal of Adolescent Health* 29(2), 125–130.
- Latimer, W.W., Winters, K.C. & Stinchfield, R.D. (1997).** Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 23(1), 79–98.
- Lee, N., Jenner, L., Kay-Lambkin, F., Hall, K., Dann, F., Roeg, S., Hunt, S., Dingle, G., Baker, A., Hides, L., & Ritter, A. (2007).** *PsyCheck: Responding to mental health issues within alcohol and drug treatment*. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S. (2006).** The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 90–93.
- Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005).** *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. DHHS publication no. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1998).** Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 93, 1681–1692.
- WHO ASSIST Working Group. (2002).** The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction* 97(9), 1183–1194.

CAPÍTULO 4. Avaliação

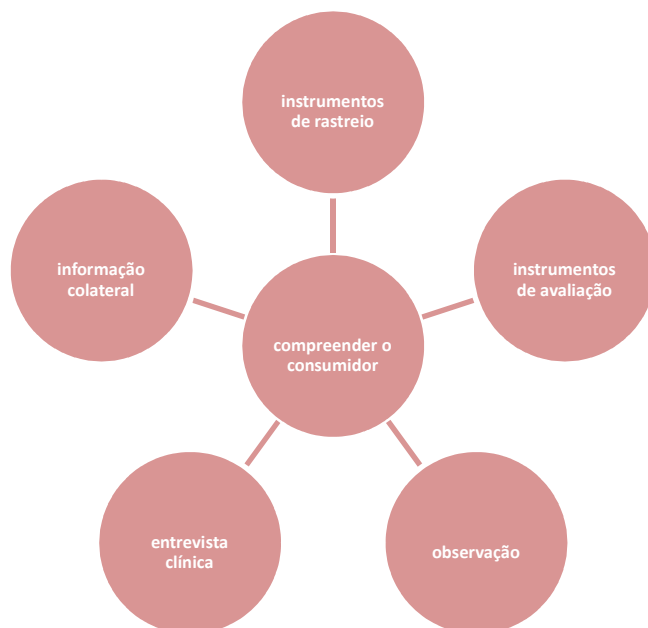
4.1. Introdução

Realizar uma avaliação compreensiva dos consumos de canábis, é um requisito essencial para determinar a intervenção mais apropriada para o consumidor (veja figura 1). Na dependência, a avaliação compreensiva providencia informação capaz de monitorizar o processo de tratamento, ao ser realizada no início e ao longo da intervenção.

Os técnicos, com experiência em avaliação nas áreas sociais e da saúde, devem avaliar o uso de canábis e os problemas associados, como parte de uma avaliação alargada sobre os aspetos do funcionamento da saúde psicossocial do utente.

Para que o consumidor consiga compreender os propósitos da avaliação, os técnicos de saúde devem fornecer informação detalhada sobre a própria avaliação, sobre como os seus resultados podem ser usados para referenciações adequadas e como também podem ser usados para identificar a eficácia dos serviços de tratamento providenciados ao consumidor.

Figura 1: Recolha de informação sobre o consumidor



4.2. Racional

A detecção precoce e a intervenção nos problemas de consumo de canábis é uma estratégia efetiva de saúde pública. Permite o aumento da possibilidade dos indivíduos beneficiarem de uma intervenção breve capaz de reduzir os danos da dependência de canábis a longo prazo.

4.3. A avaliação como estratégia de compromisso com a intervenção

As dificuldades de envolvimento dos consumidores de canábis na intervenção é um dos obstáculos ao tratamento. Assim, é particularmente importante a avaliação e a preparação para a integração na intervenção a realizar. Há evidência crescente que sugere uma forte e positiva relação entre a adesão ao tratamento e os resultados do tratamento (Zweben & Zuckoff, 2002). Os autores acreditam que a preparação para a mudança pode ser avaliada quando se verifica a aceitação do problema (i.e. se a mudança é necessária, desejada e possível de alcançar) e a aceitação do tratamento (i.e. se o utente aceita as propostas oferecidas).

Logo que os utilizadores de canábis se apresentam para um primeiro atendimento, o desafio colocado ao técnico é o de desenvolver e potenciar o envolvimento do consumidor na intervenção a prosseguir. Mesmo que procurem deliberadamente apoio para os seus consumos de canábis, os utilizadores comparecem com determinado grau de ansiedade e de relutância sobre a possibilidade de serem julgados. Este aspeto aumenta a possibilidade de desenvolverem defesas relativamente a uma das suas maiores estratégias de coping – a canábis.

O processo de avaliação é, em si próprio, uma oportunidade de desenvolver e construir a comunicação e a implicação do consumidor. Uma das técnicas de desenvolvimento da comunicação é a de usar questões abertas que explorem as preocupações e os objetivos dos consumidores. O uso de canábis e de substâncias deve ser um assunto que se introduz de forma natural, como parte da discussão. Por exemplo:

“fale-me do seu uso de canábis”

“de que é que gosta, no seu uso de canábis?”

“tem algumas preocupações com o seu uso de canábis?”

“qual o sentido do uso de canábis, na sua vida?”

4.4. A avaliação compreensiva do uso de substâncias (60-120mins)

A avaliação dos problemas associados à canábis pode ser realizada num único atendimento, e ser relativamente breve. Por outro lado, o processo de avaliação compreensiva e contínua é uma oportunidade para os técnicos fornecerem de forma imparcial, e para os consumidor procurarem, informação útil, na assistência para a implicação num processo de mudança do seu comportamento de uso (Beich, Thorsen & Rollnick, 2003). As forças pré-existentes de um consumidor, os seus deficits,

objetivos, assim como, os efeitos da canábis na sua vida, precisam de ser considerados na formulação de um plano de tratamento (Beich, Thorsen & Rollnick, 2003). Uma avaliação abrangente necessita de cuidados particulares nos seus diferentes domínios.

4.5. Domínios da avaliação

Os principais elementos de qualquer avaliação sobre o uso de canábis devem cobrir um leque abrangente de problemas, para além do abuso ou dependência da canábis, assim como avaliar os fatores que predis põe, precipitam ou mantêm o uso. A medida em que cada uma destas áreas é explorada depende da sua relevância para o utente com quem se está a trabalhar.

A avaliação sistemática deve incluir:
História do padrão de uso recente de canábis ou de outras drogas
História de saúde mental
Questões psicossociais
Objetivos de tratamento
Motivação para a mudança

História do padrão de uso recente de canábis ou de outras drogas

- Quantidade, frequência e padrão de uso de canábis ao longo da história de consumos (gramas ou nº de charros/diários/semanais)
- Duração do padrão atual, e alterações do padrão ao longo do tempo
- Indicadores da severidade da dependência, sintomatologia de abstinência, períodos de abstinência significativos, e situações/gatilhos de uso
- Identificação provável ou estabelecida de diagnósticos relacionados com canábis, cf. DSM IV TR e/ou CID 10
- Questões sobre o uso de outras substâncias (i.e. historial de consumos, padrões típicos ou atuais de uso de outras drogas) e verificação de qual substância causa maior disfunção atualmente (note-se que pode não ser relevante ou possível de identificar se os consumidores se envolvem em variados padrões de uso de diferentes substâncias ou se a substituição é comum)
- Tratamentos anteriores, explorar experiências e resultados
- Marcadores biológicos
- As 5 P's: questões presentes, fatores predisponentes, fatores precipitadores, fatores perpetuadores, fatores protetores

“Quando é que usou canábis pela última vez?”

“Houve alguma alteração recente no seu uso de canábis?”

“Alguma vez tentou diminuir ou deixar de usar canábis?”

“Fuma normalmente com outros?” (se sim, pergunte)

“Com amigos, com o companheiro, com familiares?”

“Está preocupado com o seu uso de canábis?”

História de saúde mental

- Antecedentes de desordem psiquiátrica/mental, incluindo diagnóstico provável ou determinado cf. DSM IV TR e/ou CID 10
- Anteriores admissões em tratamento
- Medicações
- História familiar de saúde mental
- Atual estado clínico de saúde mental
- Atual e passado risco de suicídio

Questões psicossociais

- Informação colateral de cuidadores ou membros da família e amigos, se possível
- Indicadores de problemas relacionados direta ou indiretamente com o uso de canábis: (e.g. questões relacionais; físicas, financeiras, ou problemas cognitivos; problemas legais; absentismo escolar/laboral)
- Sinalização cognitiva (memória, competências de leitura/capacidade de participar em CBT)
- Sinalizar violência doméstica (obrigatório em determinados contextos)
- Competências do utente e estratégias de coping positivas, usadas no passado com sucesso
- Rede social de apoio atual
- História judicial (detalhes sobre infrações, acusações, condenações e sentenças anteriores)
- Informação complementar (família, estado civil, enquadramento legal, saúde, educação, condição financeira, emprego e habitação)

NOTA: The Cannabis Problems Questionnaire pode ajudar a aumentar a consciencialização das questões psicossociais associadas ao uso de canábis (ver capítulo 11).

Objetivos do tratamento

- Objetivos específicos do tratamento (abstinência ou redução dos níveis de consumo)
- Objetivos adicionais do tratamento (e.g. regulação do humor, relações, orientação vocacional)

DICA	é importante avaliar a saúde mental do consumidor com regularidade, a qual pode estar mascarada e agravar com a remissão/redução dos consumos
-------------	---

Motivação para a mudança

Apesar das sequelas negativas do uso de canábis, alguns consumidores podem estar relutantes ou ambivalentes em relação à mudança do seu comportamento de uso, e podem aparecer no atendimento sob coação de outros (familiares, tribunais, companheiro). Por esta razão é importante avaliar a motivação interna e externa para a mudança; os obstáculos à mudança; tal como o sucesso de tentativas anteriores; os prós e os contras da mudança; mudanças no comportamento (Miller & Rollnick, 1991).

Estratégias para aceder a fatores internos

“O que quer mudar?”

“Quais são as mudanças mais importantes que quer alcançar após diminuir ou deixar de consumir canábis?”

“Numa escala de 1 a 10, quanto quer mudar, neste momento?”

“As suas preocupações com as questões de saúde, motivam-no para a mudança?”

“As suas preocupações sobre a sua relação com alguém importante para si motivam-no para a mudança?”

Estratégias para aceder a fatores externos

“Ocorreram acontecimentos ultimamente que o empurraram para uma mudança?”

“Quem, na sua vida, espera que você mude (família, esposa, outros significativos, amigo próximo)?”

“Veio aqui procurar uma mudança devido a uma ordem legal?”

“Ocorrerão consequências negativas, se não mudar?”

Anteriores tentativas de abandono:

Natureza e número de tentativas, período de abstinência mais longo, razões das recaídas recentes.

“Alguma vez tentou deixar de consumir, se sim, quando e como?”

“Quais a(s) tentativa(s) sucedida(s) e não sucedida(s)?”

“Olhando para trás, o que fez para que as tentativas tivessem sucesso, ou não tivessem sucesso?”

“Pode dizer-me o que recebeu de outros que o fez sentir-se apoiado?”

“Qual foi o seu período de abstinência mais longo?”

“Pode-me falar das situações que conduziram a recaídas?”

“Quais foram os seus pensamentos interiores/conversas consigo próprio, imediatamente antes e após a recaída?”

“Numa escala de 1 a 10, qual é a confiança que tem no sucesso da atual tentativa?”

Ganhos na mudança de comportamento

Considerar o que o consumidor já fez para mudar o seu comportamento de uso de canábis. Acrescentar o que pretende realizar no futuro. É importante validar os sucessos conseguidos até à data.

“Desde o tempo que tentou mudar, que ações encetou para a mudança (evitar situações de alto-risco, afastar-se de amigos consumidores, restrições na aquisição, etc)?”

“Que outras ações vai tomar para dar modificar o seu comportamento?”

Avaliar os estádios de mudança, tais como foram descritos por Prochaska e DiClemente (1983), pode ser atingido através de atividades como a escada/progressão da contemplação ou pelo trabalho que o técnico pode desenvolver, através de uma série de tarefas descritas no quadro seguinte:

Estádios de mudança	Tarefas do terapeuta
Pré-contemplação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar “o problema” • Estar atento às diferenças entre razão e racionalização • Usar estratégias de MI para promover a consciencialização e a dúvida • Lembrar que o objetivo não é o de fazer com que os pré-contempladores mudem imediatamente, mas ajudá-los a caminhar para a contemplação
Contemplação	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar o bom e o não-tão-bom do problema de uso, do ponto de vista do consumidor, assim como o bom e o não-tão-bom da sua mudança • Reunir informação sobre tentativas de mudança no passado. Colocar estas situações em termos de “algum sucesso” em vez de “mudanças falhadas” • Explorar as opções que o consumidor considerou no processo de mudança, e oferecer opções adicionais quando indicado e quando o utente demonstrar interesse. Lembrar que os consumidores raramente são principiantes nos processos de mudança • Explicitar verbalizações de mudança
Preparação	<p>Realizar perguntas-chave que evoquem um plano de mudança:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>O que pensa fazer?</i> - <i>Qual é o passo seguinte?</i> - <i>Parece que as coisas não podem ficar como estão</i> - <i>O que vai fazer?</i> <p>Apoiar o utente na construção de um plano de ação e de remoção de obstáculos à ação</p>
Ação	<p>Ajudar o utente a aumentar a sua auto-eficácia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - focando tentativas passadas bem sucedidas - evidenciando mudanças bem sucedidas - reafirmando o compromisso - oferecendo modelos de sucesso com menus de opções - o técnico atua como um monitor da mudança
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar fatores precipitadores e que mantenham a crise • Fornecer informação • Fornecer feedback acerca do progresso atingido • Ter empatia pelos consumidores • Comunicar e informar sobre a possibilidade de voltar a oferecer apoio futuro

Avaliar a motivação numa escada/progressão de contemplação:

Baseada nos “estádios de mudança” de Miller e Rollnick (1991), a Escada de Contemplação (Biener & Abrams, 1991) é uma escala representada como uma escada em que os degraus mais elevados ilustram maior motivação para a mudança. A “Marijuana Ladder” foi desenvolvida por Slavet et al. (2006) para jovens reclusos e está associada a maiores níveis de implicação na mudança de adolescentes (ver capítulo 12).

Avaliar a motivação a partir de questionários formais:

A motivação para a mudança também pode ser avaliada através do recurso a instrumentos validados, que podem incluir:

- Importância da mudança (Miller & Johnson, 2008; Rollnick, 1998)
- Confiança na mudança (Miller & Johnson, 2008; Rollnick, 1998)
- Preparação para a mudança (Miller & Johnson, 2008; Rollnick, 1998)
- Balanço decisional (Miller & Rollnick, 2002)

- Motivações para o uso de substâncias nos doentes psicóticos (Spencer, Castle & Michie, 2002)

4.6. Medidas auxiliares

A avaliação pode ser guiada pelas entrevistas clínicas estruturadas e validadas e auto-relatos. O quadro seguinte fornece detalhes sobre instrumentos de medidas auxiliares validados pelo nível mínimo de evidência e disponíveis no domínio público.

Quadro 9: Opções de avaliação

Área	Instrumentos	Itens	Notas
Diagnóstico de canábis Diagnóstico de dependência de tabaco	DSM-IV-TR (APA, 2000) CIDI (Kessler et al., 1998) SCID (First et al., 1997) SCAN (Wing et al., 1990) GAIN (Dennis et al., 2002) Fagerstrom Nicotine Dependence Scale (Heatherton et al., 1991)	6 itens	Os instrumentos organizam-se em entrevista estruturada e fornecem diagnósticos diferenciados Identificação e severidade da dependência de nicotina
Severidade	Severity of Dependence Scale (Gossop et al., 1992)	5 itens	Avalia a severidade da dependência
Consumos	Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1996)	—	Usada para avaliar o uso de canábis no último ano, mas sugere-se que se limite aos últimos 30 dias, para aliviar o consumidor
Questões psicossociais	Cannabis Problems Questionnaires (CPQ for adults (Copeland et al., 2005) and adolescents (Martin et al., 2006)	22 (adulto) 27 (versão reduzida)	Avalia um leque de consequências físicas e psicossociais de uso de canábis
Sintomatologia de abstinência	Marijuana Withdrawal Checklist (Budney, Novy & Hughes, 1999)	15	Avalia a severidade da sintomatologia de abstinência
Funcionamento cognitivo	Adult/Youth Self Report (Achenbach & Edelbrock, 1987) Mental Status Examination (Trzepacz & Baker, 1993)	126 itens 10 domínios	Avalia cognições Observação estruturada e descrição do atual estado mental do utente
Preparação para a mudança	“Readiness to Change” Scale (Rollnick et al., 1992)	12	Desenhada para usar em contextos médicos
Sintomatologia de doença mental	Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) K10 (Kessler et al., 2002)	42 questões (versão reduzida 21) 10 itens	Cota a severidade de sintomatologia depressiva, ansiedade e stress Escala de perturbação psicológica

4.7. Avaliação contínua

Tal como nos problemas de uso de outras substâncias, os consumidores de canábis podem substituir esta substância por outras substâncias, tal como, o álcool. É importante monitorizar o uso de outras substâncias para avaliar a escalada e/ou a substituição quando a substância de eleição é reduzida. Esta monitorização ajuda os técnicos na decisão de ajustar a exigência ou flexibilidade do acompanhamento.

4.8. Feedback no pós-avaliação

Fornecer feedback ao consumidor sobre a avaliação realizada, permite que este aumente o conhecimento dos danos associados com o seu uso de canábis, bem como aumente o seu grau de motivação para a mudança. Investigações recentes sugerem que o feedback estruturado pode potenciar a mudança significativa no utente, mesmo que não seja fornecida uma intervenção mais intensiva (Wild et al. 2007; Doumas & Hannah, 2008).

Este feedback deve resumir a avaliação dos problemas associados ao uso da substância. Os técnicos são encorajados a acompanhar esta informação comparando-a com os níveis de uso e problemas evidenciados pela população em geral e pelos consumidores de canábis que procuram tratamento. Os técnicos devem fornecer feedback de forma objetiva, de fácil compreensão, culturalmente sensível e de forma colaborativa. Note-se que os instrumentos apresentados neste manual não foram validados em grupos culturais específicos e podem não ser apropriados para determinados grupos. Como sempre, o julgamento clínico deve determinar a qualidade do feedback a fornecer e em que momento deve ser transmitido.

Sumariando, os técnicos devem fornecer feedback preciso, de forma empática, imparcial, e não ameaçadora. Este contexto permite ao consumidor perceber quais os benefícios da mudança e vai promover a motivação para a mudança. Após o fornecimento de feedback, os técnicos devem permitir ao consumidor traçar os seus objetivos para a intervenção. Tal processo promove um ambiente colaborativo, mais capaz de promoção da mudança, por oposição ao ambiente coercivo de intervenção. Os técnicos devem fomentar a eficácia do consumidor em conseguir atingir e consolidar as mudanças que decidiu encetar.

Como é que forneço feedback sobre dependência de canábis?

“O seu nível/frequência de consumo de canábis, assim como, os problemas que descreveu, tais como, faltar ao trabalho, dificuldades em dormir, dificuldades em não usar a substância, sugerem que pode estar dependente de canábis. Como é que esta avaliação se ajusta com a sua percepção sobre os consumos que faz?”

4.9. Sumário

- Sempre que possível, conduzir a avaliação compreensiva em paralelo com a construção da relação
- Fornecer feedback da avaliação, com o objetivo de aumentar a consciência de que os consumos de canábis devem ser foco de atenção por parte do consumidor
- Revisão e monitorização contínua da informação, ao longo das diferentes fases da intervenção

Recomendações	Evidência
Uma avaliação cuidadosa pode incluir uma entrevista clínica, bem como questionários estruturados e.g. SDS, TLFB. Instrumentos como a MWC não atingem o nível A de evidência	A & B
Tópicos-chave da avaliação incluem: Padrão de consumos de SPA's; funcionamento psicossocial; saúde geral; sintomatologia psíquica; preparação para a mudança; objetivos do tratamento	A
A avaliação rotineira de sintomas psicológicos deve ser realizada e repetida com regularidade e.g. depressão, ansiedade, sintomas psicóticos	A
Sempre que possível e, com a autorização do consumidor, deve ser usada informação recolhida junto da família ou outros cuidadores	C

4.10. Referências

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV-TR)*. Arlington, VA: APA.

Beich, A., Thorsen, T. & Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta analysis. *British Medical Journal* 327, 536–542.

Biener, L. & Abrams, D. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology* 10, 360–365.

Budney, A.J., Novy, P. & Hughes, J.R. (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 94, 1311–1322.

Copeland, J., Gilmore, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The cannabis problems questionnaire: Factor structure, reliability and validity. *Drug and Alcohol Dependence* 80(3), 313–319.

Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction* 97, 4–15.

Doumas, D. & Hannah, E. (2008). Preventing highrisk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(3), 263–271.

- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.** (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician version (SCID-I Administration Booklet)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J.** (1992). Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *British Journal of Addiction* 87, 1527–1536.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerström, K.O.** (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 86, 1119–1112.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E., & Zaslavsky, A.** (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 32(6), 959–976.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, T.B., & Wittchen, H.U.** (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 7(4), 171–185.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H.** (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* 33, 335–343.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S.** (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 90–93.
- Miller, W.R. & Johnson, W.R.** (2008). **A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors* 33(9), 1177–1182.** **Miller, W.R. & Rollnick, S.** (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (eds.)** (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 51, 390–395.
- Rollnick, S.** (1998). Readiness, importance and confidence: Critical conditions of change in treatment. In W. Miller & N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviors*, 2nd edn. London: Plenum Press, pp. 49–60.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W.** (1992). Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87, 743–754.
- Slavet, J., Stein, L., Colby, S., Barnett, N., Monti, P., Golembeske, C., & Lebeau-Craven, R.** (2006). The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 42–48.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B.** (1996). *Timeline Followback user’s guide: A calendar method for assessing alcohol and drug use*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Spencer, C., Castle, D. & Michie, P.T.** (2002). Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 28(2), 233–247.
- Trzepacz, P.T. & Baker, R.W.** (1993). *The psychiatric mental status examination*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.

Wild, T., Cunningham, J. & Roberts, A. (2007). Controlled study of brief personalized assessment-feedback for drinkers interested in self-help. *Addiction* 102(2), 241–250.

Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablensky, A., Regier, D., & Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47, 589–593.

Zweben, A. & Zuckoff, A. (2002). Motivational interviewing and treatment adherence. In W.R. Miller & S. Rollnick (eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2nd edn. New York: Guilford Press, pp 199–219

CAPÍTULO 5: Gestão da Abstinência

5.1. Abstinência da canábis

Como mencionado no capítulo dois, os sintomas mais comuns de abstinência são irritabilidade, ansiedade/nervosismo, agitação e dificuldades em dormir (incluindo sonhos estranhos), raiva e agressão. Os sintomas geralmente surgem depois de 1-3 dias de abstinência, tendo o seu pico entre os dias 2 e 6, e têm a duração entre 4 a 14 dias (Budney et al, 2003;. & Budney & Hughes, 2006).

5.2. Apoio na abstinência

Ajudar os consumidores com sintomas de abstinência pode envolver:

- O fornecimento de informação verbal e escrita acerca do que pode ocorrer (ver folheto de abstinência). Por favor, note que é importante informar os utentes que eles podem não experimentar todos os sintomas (ou algum) e que a severidade de qualquer sintoma experimentado depende de vários fatores;
- O desenvolvimento de um plano para lidar com o processo;
- O reconhecimento dos receios dos consumidores relativamente aos sintomas de abstinência;
- O encontrar o nível adequado de apoio.

5.3. Outras influências na abstinência

A pesquisa tem mostrado que os sintomas de abstinência afetam negativamente as tentativas de abandono porque os consumidores de canábis utilizam esta substância e/ou outras substâncias, para aliviar esses sintomas (Copersino et al., 2006). Alguns consumidores dependentes da canábis podem não estar conscientes de que estão a usar a canábis para aliviar os sintomas de abstinência. Os consumidores muitas vezes têm dificuldade em distinguir o alívio dos sintomas de abandono, do aumento do prazer devido à intoxicação. O quadro 10 indica as variáveis que poderão influenciar a abstinência.

Quadro 10: Variáveis que podem afetar a severidade da abstinência:

Comorbilidade psiquiátrica, incluindo perturbação de personalidade
Dose: quantidade e potência da preparação consumida
Duração de uso
Experiências passadas de abstinência: ansiedade severa, ataques de pânico, insónias
Uso passado ou atual de outras substâncias
História de agressão ou violência; outros traços de personalidade
Ambiente: a abstinência em ambulatório pode ser mais severa do que em consumidores internados.
Contexto: voluntário vs involuntário
Suporte: profissional, familiar, social
População: mais severa nos consumidores que procuram tratamento

5.4. Avaliação dos Sintomas de Abstinência

Presentemente, não há nenhuma medida validada para a abstinência de canábis. Os investigadores têm utilizado a checklist de retirada da canábis (MWC- *Marijuana Withdraw Checklist*) (Budney, Novy & Hughes, 1999) para avaliar a abstinência da canábis em adolescentes e adultos. Várias versões da MWC têm aparecido na literatura; mais recentemente, uma versão de 15 itens foi utilizada para captar a gama de sintomas da maioria dos pacientes (Budney et al., 2008). Para monitorizar os sintomas de abstinência, os consumidores podem concluir a MWC fazendo um registo diário (ver capítulo 11). Quando possível, o acompanhamento dos sintomas de abstinência deve começar pelo menos um dia antes da cessação, a fim de obter uma linha de referência precisa dos valores dos sintomas e comportamentos associados à abstinência. Como a maioria dos sintomas regredem substancialmente em seis dias, um registo diário deve ser mantido por pelo menos sete dias. Como os problemas relacionados com o sono podem persistir por mais tempo em alguns indivíduos, o registo pode ser continuado até um mês.

5.5. Qual é o contexto mais apropriado à abstinência?

Os sintomas de abstinência da canábis podem ser geridos em regime de ambulatório com segurança, mas alguns utentes podem necessitar de internamento ou de um suporte em ambiente residencial. A necessidade de internamento precisa de ser avaliada de forma individualizada e de ser guiada pela história do utente relativamente às tentativas anteriores de tratamento em ambulatório; pelas circunstâncias pessoais e familiares; e por outras considerações de saúde física ou mental.

5.6. Abstinência por policonsumo

Recomendamos que os utentes que consumam canábis e que se apresentem para o tratamento de álcool ou de outra substância psicotrópica que não a canábis, reduzam o seu uso da canábis simultaneamente com a redução da substância de preocupação primordial. A evidência sugere, no entanto, que os bons resultados, no que respeita ao tratamento da substância de preocupação primordial, não implicam necessariamente a redução da canábis. Utesntes com severa dependência alcoólica e/ou condições psiquiátricas poderão precisar de cuidados adicionais.

E se a canábis não é a única substância que o paciente usa regularmente?	Não há pesquisas no sentido de indicar qual a substância que o utente deve cessar primeiro; O referencial de procedimentos de boas práticas deve ser seguido caso o clínico considere que se justifique uma intervenção para o utente de outras substâncias (incluindo medicação)
A abstinência do tabaco é idêntica à da canábis?	O uso do tabaco com canábis é muito comum e muitos dos sintomas de abstinência são semelhantes; Avaliar se o indivíduo está a experienciar simultaneamente a abstinência ao uso de tabaco e de canábis

Sintomas de Abstinência de Tabaco

Os fumadores de canábis muitas vezes fumam tabaco, quer seja juntamente com a canábis ou separadamente. Utentes que apenas consomem tabaco conjuntamente com a canábis devem estar cientes de que podem experimentar simultaneamente sintomas de abstinência por abandono de ambas as substâncias. Os técnicos devem monitorizar ambas as abstinências, e deverá ser discutida a terapia de reposição de nicotina durante este período, com os grandes fumadores de tabaco que também usam tabaco em conjunto com canábis. (O quadro 11 expressa os tempos típicos de abstinência de nicotina). A redução de tabaco também pode causar alterações da saliva, que poder controlada, bebendo-se água com regularidade.

Quadro 11: Sintomas, duração e prevalência da abstinência de nicotina

Sintomas	Duração	Incidência
Irritabilidade/Agressão	< 4 semanas	50%
Depressão	< 4 semanas	60%
Inquietação	< 4 semanas	60%
Concentração pobre	< 2 semanas	60%
Aumento do apetite	> 10 semanas	70%
Tonturas	< 48 horas	10%
Despertares noturnos	< 1 semana	25%
Prisão de ventre	> 4 semanas	17%
Úlceras na boca	> 4 semanas	40%
Vontade para fumar	> 2 semanas	70%

Fonte: McEwan et al., (2006). Para mais informações sobre opções farmacoterapêuticas para a cessação da nicotina, consulte o quadro 15

5.7. Farmacoterapia para a abstinência da canábis

Um número de estudos examinaram a farmacoterapia para a gestão da síndrome de abstinência à canábis. Bupropion, divalproex, lofexidine, naltrexone, nefazadone, mirtazapine, lithium, e THC oral, têm sido avaliados em estudos de laboratório, mas apenas três estudos examinaram a sua eficácia junto dos consumidores que procuraram ajuda. Um resumo dos estudos é encontrado em Copeland & Swift (2009). Como os ensaios clínicos de potenciais medicamentos para a gestão de abstinência da canábis estão em estádios iniciais, não há recomendações farmacológicas efetivas que possam ser realizadas.

5.8. Cessação gradual vs súbita

Até agora não há estudos que indicam se a redução gradual da canábis pode diminuir os sintomas de abstinência ou permitir aos utentes uma taxa de sucesso maior do que a interrupção abrupta. A literatura sobre álcool e outras substâncias, e a experiência clínica na gestão da abstinência de canábis, sugerem que um período de abstinência de canábis beneficia os dependentes desta substância e torna mais provável que sejam capazes de uma melhor gestão do consumo a longo prazo. Os utentes que desejam reduzir gradualmente devem fazê-lo, após estabelecerem uma data de paragem, nas 2 ou 3 semanas seguintes.

5.9. Abordagem focada nos sintomas de abstinência

Como o abandono da canábis envolve uma gama de sintomas e não existem medicamentos disponíveis para reduzir essa variedade de sintomas de abstinência, uma outra abordagem possível é considerar os medicamentos que têm como alvo sintomas individuais. No entanto, não existe evidência direta, sobre os tratamentos focados no sintoma, na gestão da abstinência. Consequentemente, os profissionais terão de avaliar a utilidade da gestão sintomática, caso-a-caso. Por exemplo, um técnico pode considerar apropriado prescrever, por um período curto de tempo, medicação sedativa-hipnótica em doses baixas, a um consumidor que apresenta problemas significativos de sono enquanto reduz os consumos.

Como algumas pessoas com dependência de canábis são vulneráveis ao desenvolvimento de dependência de outra substância psicoativa, recomenda-se que um membro da família auxilie na distribuição e/ou monitorização do uso da medicação prescrita, sempre que possível, estando o regime típico limitado a um máximo de cinco dias.

Para um utente que também tem sinais e sintomas de um transtorno de ansiedade, psicose aguda, mania, ou depressão agitada, a avaliação por um psiquiatra é recomendada. Condições psiquiátricas diagnosticáveis podem surgir no final da cessação da canábis, e regimes adequados de medicação a longo prazo podem ter de ser considerados logo que esse diagnóstico seja confirmado.

Cuidado

A prescrição de uma benzodiazepina não é recomendada como uma abordagem rotineira para as pessoas que estão em fase de abandono da canábis.

Ao se considerar as opções de medicação, a consulta em serviços especializados é recomendada.

O uso da medicação deve ser de curto prazo e cuidadosamente monitorizado.

5.10. Tratamento por fases para sintomas de abstinência

Tal como acontece com outras substâncias psicoativas, a dependência fisiológica da canábis, por si só, não é suscetível de conduzir à mudança do comportamento a longo prazo. A abstinência deve ser parte de um processo contínuo de cuidados. Isso incorpora planeamento de apoio do caso pós-tratamento. Devem ser seguidos bons procedimentos de referência e existir um gestor central do caso que coordene as referências, identificando os serviços de apoio apropriados, ao prosseguimento do tratamento. O planeamento pós-abstinência pode ser realizado formalmente (plano pós-tratamento) ou informalmente (deixando a porta aberta para que o utente volte) dependendo dos procedimentos institucionais.

5.11. Intervenção psicoeducativa para sintomas de abstinência

Como a pesquisa sobre abstinência da canábis está no início, poucos estudos examinaram a eficácia específica das intervenções psicossociais para lidar com a abstinência da canábis. As intervenções psicossociais para gestão da abstinência da canábis encontram-se bem suportadas na literatura mais abrangente. Estas intervenções envolvem o fornecimento aos utentes de informações precisas sobre a natureza e o curso dos sintomas de abstinência (ver capítulo 9) e envolvem também a ajuda no desenvolvimento de estratégias para lidar com potenciais sintomas. Estratégias de autogestão, que têm uma forte base de evidência na literatura sobre abuso de substâncias, incluem a higiene do sono, o relaxamento muscular progressivo, a meditação, o exercício e o apoio social.

Os utentes devem ser encorajados a manter um diário dos sintomas que experimentam durante todo o período de abstinência. As estratégias para lidar com eles aparecem no quadro 12. O diário pode ser analisado durante as sessões de tratamento, e pode ajudar os utentes e o técnico na determinação das estratégias que são mais eficazes e, ajudar também a demonstrar que os sintomas vão rapidamente diminuindo. É importante explicar aos utentes que os sintomas de abstinência podem ser muito distintos e que cada pessoa não tem que os experienciar todos. Em cada sessão, é importante rever com o utente os sintomas que estão e os que não estão em remissão; estratégias de gestão utilizadas; e sua eficácia.

Quadro 12: Sintomas e tratamentos associados recomendados

Sintomas de abstinência	Intervenções Psicossociais sugeridas	Explicação da intervenção
Problemas de sono	Relaxamento muscular progressivo Relaxamento imagético	Técnica de relaxamento concebida para reduzir a tensão armazenada nos músculos. Particularmente útil para pensamentos intrusivos. Abordagem guiada que visa criar um espaço seguro e de apoio na mente do utente.
<i>Cravings</i>	Surfar o impulso	Uma técnica cognitiva utilizada para enfrentar o <i>craving</i>
Raiva/Irritação	Desafio de crenças irracionais Atividade física Relaxamento e estratégias de coping	Uma técnica para desafiar crenças que levam a padrões inúteis de comportamento
Alterações do humor	Gestão do humor Estratégias de <i>coping</i> Agendamento de atividades	Aprender a gerir eficazmente as emoções difíceis, tais como a raiva, depressão, ansiedade e baixa auto-estima Estratégias para aliviar ou lidar com situações stressantes em que o risco de recaída é elevado Calendarização de atividades agradáveis que dão prazer e desafiam perceções negativas

Consultar o capítulo 12 para ver exemplos de como executar estas intervenções com os utentes.

5.12. Sumário

Os sintomas de abstinência são comuns em utentes que usam canábis regularmente. Embora os sintomas de abstinência sejam geralmente ligeiros, podem dificultar a abstinência. A monitorização dos sintomas e a comunicação sobre o seu papel ao longo do percurso de abstinência da canábis, pode ser uma intervenção útil. Até agora, não existem medicamentos aprovados que estejam disponíveis para auxiliar na gestão da abstinência da canábis.

Recomendação	Evidência
Independentemente da abordagem, os sintomas de abstinência devem ser considerados de forma rotineira na avaliação	B
Devem ser consideradas uma série de intervenções psicossociais antes da terapia farmacológica para a gestão dos sintomas de abstinência	C
Monitorização dos sintomas de abstinência e intervenção psicoeducativa apropriada, são abordagens que serão úteis para a intervenção	C
Embora não haja nenhuma evidência atual para apoiar o uso de farmacoterapia no alívio dos sintomas de abstinência, pode ser considerado, por um curto prazo, o uso medicamentos apropriados para sintomas específicos decorrentes da abstinência	D

5.13. Referências

Budney, A. & Hughes, J. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinions in Psychiatry* 19, 233–238.

Budney, A.J., Moore, B.A., Vandrey, R.G., & Hughes, J.R. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology* 112(3), 393–402.

Budney, A.J., Novy, P. & Hughes, J.R. (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 94, 1311–1322.

Budney, A.J., Vandrey, R.G., Hughes, J.R., Thostenson, J.D., & Bursac, Z. (2008). Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: Severity and contribution to relapse. *Journal of Substance Abuse Treatment* 35(4), 362–368.

Copeland, J. & Swift, W. (2009). Cannabis use disorder: Epidemiology and management. *International Review of Psychiatry* 21(2), 96–103.

Copersino, M.L., Boyd, S.J., Tashkin, D.P., Huestis, M.A., Heishman, S.J., Dermand, J.C., Simmons, M.S., & Gorelick, D.A. (2006). Cannabis withdrawal among non-treatment-seeking adult cannabis users. *American Journal on Addiction* 15(1), 8–14.

McEwen, A., Hajek, P., McRobbie, H., & West, R. (2006). *Manual of smoking cessation: A guide for counsellors and practitioners*. London: Blackwell; 2005.

CAPÍTULO 6: Intervenções Breves

6.1 Visão geral sobre as intervenções breves

As intervenções breves visam detetar e intervir com consumidores que, independentemente de satisfazerem os critérios para desordem associada ao uso de canábis, apresentam problemas como resultado do seu uso e, estão em risco de desenvolverem dependência de canábis, a longo prazo. As intervenções precoces são geralmente oportunistas e apropriadas para os consumidores em que, embora não tendo especificamente procurado ajuda para o seu consumo de canábis, é avaliado o uso como sendo de risco. O objetivo de uma intervenção breve é reduzir o risco de danos do uso de canábis. Embora a abstinência seja a melhor forma de redução dos danos, nem todos os consumidores estão prontos e motivados para esta situação. Esforçar-se para perceber as metas intermédias, tais como, diminuição ou uso em situações de menor risco, vai permitir aos consumidores alcançar um controlo. O controlo, por sua vez, pode aumentar a motivação de um consumidor para trabalhar com objetivos mais difíceis de alcançar, tais como, a abstinência.

As intervenções breves geralmente variam de uma a nove sessões e tipicamente incluem o fornecimento de material de auto-ajuda, uma avaliação breve, aconselhamento e informações, avaliação da motivação para a mudança, resolução de problemas, definição de metas, prevenção de recaídas, redução de danos e follow up (Marsh, Dale & Willis, 2007). Uma série de estudos em grande escala nos EUA e na Austrália (ver quadro 13) fornecem o suporte para quatro intervenções de base comportamental: Entrevista Motivacional (MI), Terapia Motivacional (MET), Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) e Gestão da Contingência (CM). O tratamento que recolhe maior evidência tem sido a combinação da Gestão da Contingência com a Terapia Cognitivo-comportamental (Budney et al., 2006).

Dado que o número ótimo de sessões é desconhecido, este capítulo fornece duas opções para as intervenções. Para a primeira, são fornecidas informações a respeito de uma intervenção de duas sessões breves para consumidores que ainda apresentam poucos problemas relacionados com o consumo de canábis ou que não estejam motivados para iniciar um processo mais intensivo nos serviços de tratamento. Para a segunda, detalha-se componentes comuns utilizadas em várias intervenções baseadas na evidência, de modo a que o terapeuta possa adicionar essas componentes ao tratamento-base de duas sessões, de acordo com as necessidades do consumidor. Como a maioria dos programas variam entre 4 a 6 sessões, oferece-se um programa de seis semanas que pode ser adaptado para cada consumidor.

Tabela 13: ensaios aleatórios de tratamentos comportamentais (adultos e jovens adultos)

Autor	N	Desenho do estudo	Intervenção	Resultados	Manual disponível
-------	---	-------------------	-------------	------------	-------------------

Stephens et al., 1994	212	Adultos, dois grupos, 12-meses follow-up	CBT vs grupo social de apoio (intervenção/discussão)	Ambos os grupos tiveram reduções significativas quanto ao consumo de canábis. Não existiram diferenças significativas entre os grupos, em dias de consumo de canábis, problemas relacionados com a canábis, ou taxas de abstinência.	N/A
Stephens et al., 2000	291	Adultos, três grupos, 12-meses follow-up	grupo de tratamento de 14-sessões CBT vs 2-sessões MET vs grupo de controlo com tratamento adiado (DTC)	Os dois primeiros grupos (CBT e MET) revelaram melhores resultados do que o grupo de controlo (DTC). Não existiram diferenças significativas nos resultados entre os grupos CBT e MET.	N/A
Budney et al., 2006	60	Adultos, três grupos, sem follow-up	4-sessões MET vs 14-sessões MET/CBT vs MET/CBT e incentivos com voucher (MET/CBT+V)	Não existiram diferenças significativas quanto à abstinência entre os grupos MET e MET/CBT. MET/CBT + V teve períodos maiores de abstinência e mais sujeitos abstinentes no fim do tratamento do que os outros dois grupos	NO
Copeland et al., 2001	229	Adultos, três grupos, 6-meses follow-up	6-sessões MET/CBT vs 1-sessão MET/CBT vs DTC	Ambos os grupos de tratamento apresentaram melhores resultados (maiores taxas de abstinência, menos problemas relacionados com o uso de canábis, menos preocupação com o consumo de canábis) do que o DTC	NO
Sinha et al., 2003		Jovens adultos sob vigilância judicial, dois grupos, 1-mês follow-up	3-sessões MET vs 3-sessões MET e vouchers	Os vouchers reforçaram a adesão ao tratamento mas não interferiram no consumo de canábis. Note-se que o incentivo do voucher foi importante para a continuidade das sessões, mas não para a abstinência	N/A
Cannabis Treatment Research Project Group, 2004	450	Adultos, três grupos, multi-site, 12-meses followup	9-sessões MET/CBT vs 2-sessões MET vs DTC	Ambos os grupos de tratamento revelaram uma melhoria em relação ao do DTC, na maioria das medidas. As 9 sessões de MET /CBT reduziram o uso de canábis e as consequências associadas em relação às 2 sessões de MET	SIM Steinberg et al., 2005
Budney et al., 2006	90	Adultos, três grupos, 12-meses follow-up	14-sessões MET/CBT vs MET/CBT e vouchers (MET/CBT+V) vs somente vouchers	Não se verificaram diferenças no início da abstinência durante o tratamento, entre MET /CBT + V e somente vouchers; mas ambos apresentaram resultados superiores à utilização só de MET/CBT. MET /CBT + V apresentaram, taxas superiores no pós-tratamento relativamente à abstinência do que somente vouchers ou MET/CBT	NO
Carroll et al., 2006	136	Jovens adultos, quatro grupos, 6-meses	MET/CBT vs MET/CBT e vouchers (MET/	Somente vouchers aumentou a retenção no tratamento e a abstinência; MET/CBT+V demonstrou melhores resultados.	N/A

		follow-up	CBT+V) vs somente vouchers vs gestão de caso	MET/CBT aumentou os autorrelatos de diminuição do consumo no follow-up após 6 meses	
Kadden et al., 2007	240	Adultos, quatro grupos, 12-meses follow-up	MET/CBT vs MET/CBT e vouchers (MET/CBT+V) vs Aconselhamento individual de substâncias (DC) vs DC e vouchers	Somente vouchers apresentou melhores resultados quanto à abstinência. MET / CBT + V demonstrou taxas superiores de abstinência nos follow-ups seguintes.	N/A
Dennis et al., 2002	600	Jovens 15–16 anos	5-sessões MET/CBT vs 12-sessões MET/CBT vs suporte familiar	Todas as intervenções demonstraram mudanças significativas entre o pré e o pós-tratamento ao longo de 12 meses. Nenhum tratamento foi superior a outro	SIM
Martin & Copeland, 2008	40	Jovens 14–19 anos	2 sessões MET vs DTC	A intervenção de grupo mostrou efetivamente maiores reduções na frequência de uso e de sintomas de dependência	SIM

6.2 Elementos de sucesso nas intervenções breves

Miller e Sanchez (1993) analisaram uma série de intervenções breves nas questões do álcool e identificaram os seguintes seis componentes comuns, que revelam eficácia:

- **F Feedback** – devolver informação sobre a avaliação clínica
- **R Responsabilidade** – enfatizar a responsabilidade pessoal do consumidor relativamente ao seu uso de substâncias e associando-o ao seu comportamento
- **A Aconselhamento** – fornecer conselhos claros e práticos e material de auto-ajuda.
- **M Menu** – oferecer um leque de comportamentos de mudança e opções de intervenção
- **E Empatia** – expressar empatia e apoio, sem julgamento
- **S Auto eficácia (self-efficacy)** – reforçar a capacidade do indivíduo para a mudança

A intervenção **FRAMES** pode ser dividida em duas fases principais:

- (1) Motivação para a mudança, e
- (2) Fortalecimento do compromisso de mudança (Miller & Rollnick, 1991)

De seguida, dar-se-ão mais informações acerca das técnicas mais adequadas. Estas técnicas são genericamente eficazes na área dos consumos de substâncias e os técnicos são incentivados a realizarem treinos específicos em estratégias cognitivo-comportamentais e em técnicas de aperfeiçoamento da motivação.

6.3 Entrevista Motivacional (MI)

A Entrevista Motivacional (MI – Motivational Interviewing) é uma estratégia clínica que tem como objetivo aumentar a motivação do consumidor para a mudança. Na MI podem ser incorporados o aconselhamento, a avaliação, as intervenções breves e os objetivos para aumentar a consciência do consumidor acerca dos potenciais problemas causados pelo consumo, consequências experimentadas e os riscos enfrentados, como resultado de um certo tipo de comportamento. Os principais objetivos são estabelecer um relacionamento, provocar reflexões acerca da mudança e estabelecer uma linguagem de compromisso com o consumidor. Como esta abordagem explora e resolve a ambivalência dentro do consumidor, é adequada aqueles que são candidatos a tratamento não voluntário (isto é, têm obrigações judiciais) ou que estão em fase de contemplação da mudança mas não completamente prontos para passar para a fase da ação. A ambivalência é aceite como normal.

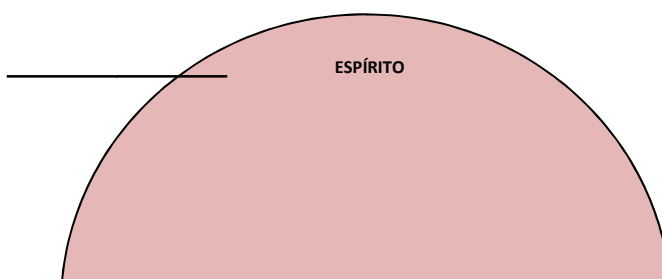
A MI é apoiada por mais de 80 ensaios clínicos controlados (Hettema, Steele & Miller, 2005) numa variedade de populações-alvo e comportamentos, incluindo transtornos pelo uso de substâncias, a promoção de comportamentos saudáveis, a adesão à medicação e tratamento de transtornos mentais.

- Miller e Rollnick (1991) identificaram características de estilo no terapeuta que representam o espírito da entrevista motivacional, com base na evidência de que estes são mais importantes do que qualquer técnica em particular. Identificaram como característica mais importante a abordagem colaborativa, tentando entender o ponto de vista do consumidor, particularmente pela via da escuta reflexiva, do resumo e da afirmação (ver abaixo)
- A MI envolve a descoberta e o reforço seletivo das declarações de auto-motivação do consumidor
- A MI exige um acompanhamento do grau de prontidão do consumidor para a mudança e o garantir do mínimo de resistência, combinando a sua abordagem com a fase de mudança em que se encontra o consumidor
- A MI promove a autonomia do consumidor

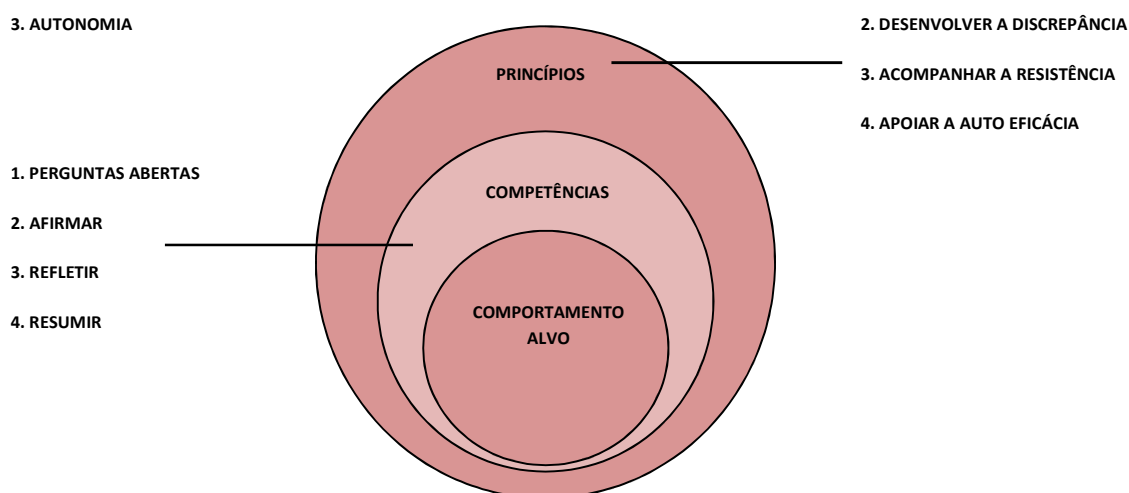
Esquema da Entrevista Motivacional

1. COLABORAÇÃO

2. EVOCAÇÃO



1. EXPRESSAR EMPATIA



Miller e Rollnick (2002) descreveram quatro princípios básicos de motivação subjacente à MI. Estes são os seguintes:

1. Expressar empatia
2. Desenvolver a discrepância
3. Trabalhar com a resistência
4. Apoiar a auto-eficácia

1. Expressar empatia

O terapeuta da MI procura comunicar um grande respeito pelo consumidor. As relações que implicam posições superior-inferior entre o terapeuta e o consumidor são evitadas. O papel do terapeuta é uma mistura de companheiro solidário e consultor experiente. A liberdade de escolha do consumidor e a direção a seguir são respeitadas. Neste ponto de vista só o consumidor pode decidir mudar e realizar essa escolha. O terapeuta procura maneiras de reforçar e promover o consumidor, ao invés de denegrir ou empurrar para baixo o consumidor. Grande parte da MI é ouvir em vez de dizer. A persuasão é gentil, subtil, sempre com o pressuposto de que a mudança é *para cima*, para o consumidor. O poder da persuasão gentil, não agressiva, tem sido amplamente reconhecido em escritos clínicos, incluindo Bill Watson em “Trabalhando com os outros” (Alcoólicos Anónimos, 1976). A escuta reflexiva (empatia) é uma competência fundamental na entrevista motivacional. Comunica-se a aceitação dos consumidores tal como eles são e apoiam-se os seus processos de mudança.

2. Desenvolver a discrepância

A motivação para a mudança ocorre quando as pessoas *percebem a discrepância entre onde estão e onde querem estar*. Esta abordagem visa aumentar e focar a atenção do consumidor nestas discrepâncias

relacionadas com o uso de substâncias. Em determinados casos, em que o consumidor não está seriamente comprometido com o pensamento de mudança, pode ser necessário *desenvolver* tal discrepância, sensibilizando o consumidor para as consequências adversas do seu uso de substâncias. Tal informação, quando devidamente apresentada pode precipitar a motivação para a mudança. Como resultado, o indivíduo pode estar mais disposto a entrar numa discussão honesta acerca das opções de mudança, a fim de reduzir a discrepância e recuperar o equilíbrio emocional. Noutros casos, o consumidor inicia o tratamento na fase da “contemplação” e, com menos tempo e esforço, é possível o consumidor passar para o ponto da determinação de mudar.

3. Trabalhar com a resistência

Como o terapeuta lida com a “resistência” do consumidor, é uma característica crucial e definidora desta abordagem. As estratégias da MI são, não encarar de frente a resistência mas sim, “rolar com” esta, com o objetivo de mudar as percepções do consumidor no processo. Novas formas de pensar o problema são apresentadas mas não são impostas. A ambivalência é vista como normal, não patológica, e é explorada abertamente. *As soluções são geralmente evocadas a partir do consumidor, para lidar com a resistência, em vez de serem fornecidas pelo terapeuta.* Esta abordagem, para lidar com a resistência, será descrita detalhadamente mais tarde.

4. Apoiar a auto-eficácia

Uma pessoa que está convencida de que tem um grave problema, não se moverá em direção à mudança a menos que haja esperança de sucesso. Bandura (1982) descreveu a auto-eficácia como um determinante crítico da mudança de comportamento. Esta é, na sua essência, a crença de que *é possível* realizar um determinado comportamento ou realizar uma determinada tarefa. Neste caso, os consumidores devem ser convencidos de que podem mudar o seu uso de substâncias e, assim, reduzir os problemas associados ao consumo. Vulgarmente, definimos esta situação de esperança ou otimismo, embora não seja uma natureza otimista global que é crucial aqui, mas sim, a crença específica dos consumidores de que podem alterar o seu problema com substâncias. A menos que este elemento esteja presente, uma crise de discrepância é suscetível de ser resolvida em coping defensivo (por exemplo, racionalização, negação) de forma a reduzir o desconforto, sem alterar o comportamento. Este é um processo de proteção natural e compreensível. Se uma pessoa tem pouca esperança de que a situação pode mudar, há pouco sentido em enfrentar o problema.

Mais informações podem ser encontradas em Miller (1995).

A MI foi adaptada para diversas abordagens de intervenções breves, das quais a mais conhecida é a MET utilizada no PROJECT MATCH dirigida a consumidores de álcool (Project Match Research Group, 1993). A MET é uma abordagem de 4 sessões, limitadas no tempo, que fornece feedback baseado na normatividade, e utiliza a MI com o objetivo de explorar a motivação do consumidor para mudar face ao

feedback fornecido. Esta abordagem de incluir a MI no feedback de avaliação da preparação para a mudança tem sido adotada por muitas intervenções breves com grande sucesso (Miller & Rollnick, 2002).

Exemplos de respostas dos consumidores, utilizando a MI do quadro acima

Consumidor: “Eu só estou aqui porque o juiz me obrigou”

Terapeuta: “Então foi obrigado a vir aqui. (refletindo de volta e sem zangas)”

Consumidor: “Um charro realmente relaxa-me.”

Terapeuta: “Percebe que a canábis relaxa-o no momento. Também notei que teve um aumento da ansiedade nos últimos 12 meses, o que corresponde ao período em que aumentou os consumos. (ligando o passado e desenvolvendo a discrepância).”

Consumidor: “ Eu deixaria de consumir caso os meus pais não estivessem constantemente em cima de mim.”

Terapeuta: “O seu consumo de canábis não é o seu único problema. Parece que existem algumas questões para trabalhar como os seus pais. (contornando a resistência).”

6.4 Terapia cognitivo-comportamental (CBT)

A Terapia Cognitivo-comportamental (CBT – Cognitive-behavioural therapy) encontra-se validada, e pressupõe que as cognições e os comportamentos estão muitas vezes intrinsecamente associados. O uso de substâncias é muitas vezes um mecanismo primário, dos consumidores dependentes, de lidarem com uma variedade de situações, tanto negativas (tais como, as angustiantes) como positivas (como as celebrações e as recompensas). O ênfase do treino das competências é ajudar os consumidores a desaprenderem velhos hábitos e substituí-los por novos, mais funcionais. A CBT permite que os consumidores desenvolvam, sob supervisão clínica, novas competências de enfrentamento, ou restabeleçam antigas competências que foram negligenciadas.

Crê-se que os transtornos causados pelo abuso de substâncias, tal como muitas desordens psicológicas, são o resultado, em parte, de processos de pensamentos defeituosos ou irracionais que têm a sua manifestação em comportamentos disfuncionais (como o consumo de substâncias). Muitos desses pensamentos são automáticos, habituais e resistentes à mudança. O desenvolvimento de técnicas para alterar ou desafiar tais processos de pensamento, em conjunto com outras cognições e respostas comportamentais de coping, pode promover a redução da dependência de um indivíduo face à substância. Assim, a CBT é uma abordagem baseada nas competências e o seu trabalho consiste em ajudar os consumidores a desenvolverem uma variedade de técnicas terapêuticas para superar a dependência fisiológica e a dependência habitual de uma substância como um mecanismo de enfrentamento. A abordagem é estruturada e orientada para o objetivo, com “trabalhos de casa”, tarefas que exigem aos

utentes desenvolverem competências específicas no contexto do seu consumo problemático de substâncias, praticando os exercícios definidos.

Vantagens

A abordagem da CBT é uma intervenção terapêutica relativamente breve, especialmente quando comparada com outras terapias psicológicas. A CBT para o abuso de substâncias pode ser eficaz com 1 – 6 sessões (Mattick & Jarvis, 1993). Além disso, as competências ou técnicas específicas utilizadas podem ser variadas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Elementos

O êxito terapêutico da CBT implica vários elementos importantes. Basicamente, os consumidores são instruídos no uso de competências de enfrentamento relacionados com a substância. Estes incluem:

- Técnicas de gestão de impulsos e desejos;
- Reconhecer os gatilhos do uso de substâncias; e,
- Desenvolver estratégias pessoais, tanto para evitar como lidar com esses gatilhos, gestão dos sintomas de abstinência e prevenção da recaída, aprendizagem de estratégias.
- Técnicas de gestão de sentimentos negativos;
- Competências de gestão do stress;
- Assertividade e competências de comunicação; e,
- Técnicas de relaxamento.

Mais informações:

Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy

www.aacbt.org/

The British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies

www.babcp.com/

Association for Behavioural and Cognitive Therapies

www.abct.org/dhome/

The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies

www.eabct.com/

The Centre for Clinical Interventions

www.cci.health.wa.gov.au/index.html/

The Psychological Self-Help (Mental Health Net)

www.psychologicalselfhelp.org/

6.5 Gestão da Contingência (CM)

A gestão da contingência (CM - Contingency Management) envolve o uso sistemático de consequências positivas e negativas (de recompensa e punição) seguidas de um comportamento alvo (Budney et al., 2011). No caso dos tratamentos para a dependência de canábis, dois tipos de CM foram testados até à data: baseadas na abstinência e em vales de presença (vouchers). Este incentivo foi adaptado a partir de um programa desenvolvido para o tratamento da dependência da cocaína (Budney & Higgins, 1998). Baseado na abstinência, o programa de vales prevê incentivos palpáveis baseados na abstinência da canábis, documentado através de um ou dois testes de despiste de consumos, uma ou duas vezes por semana. Os vales podem ter um valor monetário, que aumenta à medida de cada teste negativo consecutivo. Os vales podem ser trocados por produtos ou atividades sociais que podem servir como alternativa ao uso de canábis.

Dos cinco ensaios publicados baseados na gestão da contingência e uso de canábis, todos relatam efeitos positivos nos resultados sobre o consumo de canábis (Budney et al., 2006). A gestão de contingência, no entanto, não possui avaliações fora das condições de ensaios experimentais. Apesar da falta de estudos de eficácia (ou seja, de aplicações reais), existe uma evidência clara e consistente em toda a literatura de abuso de substâncias, que comprova a eficácia em gerar altas taxas de abstinência a curto e médio prazo nos programas de incentivo baseados na abstinência.

Informação geral

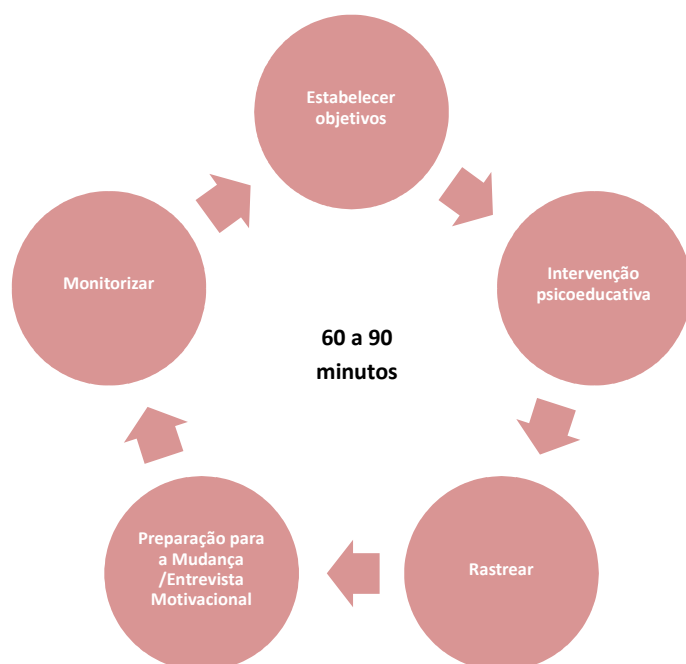
A gestão da contingência considera o uso de substâncias como comportamento operante, isto é, um comportamento que é mantido em parte pelos efeitos bioquímicos de reforço da substância abusada e, em parte, através do reforço de influências ambientais (por exemplo, o reforço social dos pares). A gestão de contingência, sob a forma de vales, foi o meio encontrado para auxiliar os consumidores de canábis a alcançarem a abstinência por períodos longos durante o tratamento (Petry & Simic, 2002). A gestão da contingência procura fornecer incentivos alternativos condicionados pela abstinência a uma substância específica. Existem quatro métodos principais de fornecimento de incentivos:

- **Baseado em vouchers de reforço:** os consumidores recebem vales de variados valores monetários (normalmente aumentando em valor após sucessivos períodos de abstinência) através da recolha de amostras biológicas (geralmente urina) quando negativas para o teste de substâncias. Uma vez alcançada a abstinência, os comprovativos são trocados por mercadorias ou serviços que são compatíveis com um estilo de vida livre de substâncias.
- **Reforço à base de prémios:** sempre que os participantes apresentem resultados negativos nas análises de despiste recebem conjuntos de senhas, as quais são mantidas num recipiente. Perante resultados positivos, são retiradas senhas. Cada sorteio apresenta uma oportunidade de ganhar um “prémio” com um valor variável. Normalmente, cerca de metade das senhas dizem “Bom trabalho!”. A outra metade recebe um prémio de determinado valor.
- **Privilégios:** os participantes recebem privilégios sempre que o teste tiver um resultado negativo
- **Incentivos monetários:** tem havido alguns estudos na América no campo da canábis que avaliaram o uso de incentivos monetários. Aparentemente os de baixo valor (US\$3) são tão eficazes quanto os de maior valor (US\$20).

Se se considerar oferecer incentivos (CM) deve-se ter ciente que as seguintes questões têm que ser acordadas:

- O comportamento-alvo (ou seja, a frequência ou o uso de substâncias)
- O tipo de recompensa (dinheiro, vouchers ou produtos)
- O cronograma (cumulativo, comportamental)
- Os princípios de aplicação (consistência, acordo/contrato/tangível)
- Os detalhes do programa (duração, objetivo, consequências – incluindo magnitude -, cronograma de entrega, custos da logística, aceitabilidade, formação, considerações, etc.)
- Se existe um financiamento sustentável.

6.6 Esboço de uma intervenção de sessão única



Rastreio

- A triagem/avaliação pode ser feita com perguntas abertas e/ou instrumentos formais
- Questionários/quadros devem ser cotados e devolvidos os resultados nas sessões, levando em consideração as respostas individuais do utente
- Convidar para reflexões, perguntando: "O que quer fazer com isso? "

Intervenção Psicoeducativa

- Incluiu refletir acerca dos danos causados pelo consumo de canábis que são apresentados pelo consumidor na sua avaliação. Fornecimento ao consumidor de materiais psicoeducativos adicionais (ver guias e folhetos, como "Guia para Parar", disponível a partir de www.ncpic.org.au)

Auto-monitorização do consumo de canábis/sintomas de abstinência e/ou estado de espírito

- Se um consumidor expressa motivação para modificar o seu consumo de canábis, deve-se incentivá-lo para monitorizar as mudanças pelo menos durante sete dias. Para os consumidores com que também apresentem transtornos de humor, pode ser registado num diário, o uso de canábis, os sintomas de abstinência e as relações com as alterações no estado de humor (ver diário de canábis no capítulo 12).

Preparação para a mudança

- Se os consumidores estão ambivalentes sobre a mudança acerca do seu uso de canábis, deve-se empregar técnicas da MI para criar um desejo e firmar a resolução do compromisso com a mudança.
- Completar a ficha dos “prós e contras”(ver balanço decisional no capítulo 12)
- Se o consumidor tem o compromisso de mudar, definir uma data para o abandono do consumo e discutir a prevenção da recaída (ver capítulo 12)
- Se o consumidor não está interessado em modificar o consumo deve-se, nessa altura, oferecer material educativo (ver capítulo 9) e negociar uma sessão de follow-up

Negociar a continuidade do tratamento/referenciação ou uma sessão de follow up

- A duração e a intensidade de uma intervenção devem ser discutidas desde o início
- Discutir os procedimentos do follow up da instituição é um aspeto importante para o compromisso.
- Sugerir duas a seis sessões de intervenção. Esta sugestão encontra-se descrita no ponto seguinte, no entanto, técnicos mais experientes podem preferir escolher e aplicar intervenções, tais como as referidas no quadro 14, as quais estão validadas.

6.7 Intervenções de duas a seis sessões

Na ausência de evidência científica quanto ao número ideal de sessões e quanto aos componentes de tratamento de maior sucesso, encontram-se descritos detalhadamente mais abaixo, os elementos melhor sucedidos, apresentados em estudos acerca do tratamento de canábis. Técnicos experientes podem incluir esses componentes de acordo com as necessidades do consumidor e com base na avaliação do caso. Isto inclui um número negociável de sessões e o estabelecimento da ordem pela qual os componentes serão apresentados. Não existe qualquer evidência quanto à importância dos componentes, relativamente uns aos outros.

Quadro 14: Componentes das intervenções em canábis com base na evidência

Geral	Comportamental	Cognitivo
Auto-monitorização	Agendamento de atividades	Gestão da vontade de consumir (urge surfing)
Estabelecimento de metas	Identificação de estratégias de coping	Gestão do Humor/consciência cognitiva/estratégias de enfrentamento
Competências de resolução de problemas	Competências de recusa de consumo	Prevenção da recaída
Intervenção psicoeducativa	Gestão do humor	Mudança de crenças irracionais
	Higiene do sono	Gestão da vontade de consumir (urge surfing)

* Nota: os materiais destes tópicos estão acessíveis no capítulo 12

Em alternativa, os terapeutas podem seguir as linhas de orientação de tratamentos já testados. Como exemplo, fornece-se as seguintes linhas de orientação retiradas de *A Brief Cognitive-Behavioural Intervention for Cannabis Dependence: Therapists' Treatment Manual* (Rees, Copeland & Swift, 1998). Existem outros manuais disponíveis, sem custos (ver quadro 13).

Sessão 1: sessão de avaliação

- Definir a situação e introduzir o consumidor no treino da motivação para a mudança do comportamento
- Explicar a política de privacidade do serviço e o tipo de tratamento oferecido
 - Explicitar a importância de participarem nas 6 sessões para obterem melhores resultados
 - Explicar as razões da CBT, isto é, o fornecimento de ferramentas específicas que suportem as alterações desejadas
 - Traçar o plano para a terapia
- Fornecer o feedback dos instrumentos de rastreio
 - Nível de dependência (em escala SDS)
 - Situações de alto risco e gatilhos (escala de fumadores de canábis)
 - Identificar as razões para os consumos e os seus prós e contras
- Estratégias de aperfeiçoamento da motivação
 - Estabelecer a atitude do consumidor e a confiança para alterar e adequar a intervenção à sua fase de mudança
- Definir objetivos

- Considerar os objetivos com base nas conversas sobre as razões para a redução/paragem
- Introdução à auto monitorização comportamental
 - Explicar que manter sobre controlo o comportamento de uso pode ajudar a identificar padrões inúteis de pensamento e comportamento

Sessão 2: Planificar a abstinência

- Revisão da semana e dos exercícios realizados em casa
 - Verificar ou completar o trabalho de casa
- Revisão de gatilhos pessoais e de situações de alto risco
 - Avaliação do impulso e gatilho diário e análise de padrões emergentes
 - Resumir gatilhos ou pistas
- Introdução para lidar com os impulsos
 - Estabelecer estratégias para superar os impulsos
 - Compreender a natureza dos impulsos, incluindo as limitações
 - Gerir a vontade de consumir (surfur o impulso), não reforçar a vontade, atrasando-a ou distraíndo-se
- Planear a paragem
 - Definir um dia para a paragem (*ver 6.8)
 - Informação e discussão acerca dos sintomas de abstinência
 - Identificar sistemas de apoio social (quem, o quê, como)
 - Lidar com deslizes ou lapsos
- Seção opcional: competências de recusa do consumo de substâncias
 - Praticar declarações confiantes sobre “ter desistido”
- Conclusão: objetivos e trabalhos de casa

Sessão 3: gestão da abstinência e reestruturação cognitiva

- Revisão da semana anterior
 - revisão dos sucessos das tentativas de paragem
 - revisão das situações e gatilhos de alto risco
- Revisão dos sintomas de abstinência
 - Revisão do diário e reforço da natureza limitada dos sintomas
- Reestruturação cognitiva: problemas cognitivos no abandono do consumo da canábis
 - Esboço do modelo ABC
 - Desafio dos pensamentos automáticos
 - Discutir e desafiar as expectativas emergentes e automáticas face aos resultados do consumo de canábis
- Terminar a sessão

Sessão 4: revisão de estratégias cognitivas e aprimoramento das competências

- Revisão da semana anterior
 - revisão dos pensamentos negativos e pensamentos automáticos
- Introduzir decisões aparentemente irrelevantes
- Desenvolvimento de competências pessoais
 - Dependentes da necessidade do consumidor:
 - i) Competências de resolução de problemas (reconhecimento de problemas e construção de soluções)
 - ii) Gestão da insónia (princípios da higiene de sono)
 - iii) Relaxamento muscular progressivo

Sessão 5: revisão e consolidação

- Revisão da semana anterior
 - Revisão de todo o progresso e das estratégias efetivas
- Treino das competências de coping

- i) Competências de assertividade/compreensão da autoestima
 - ii) Competências de comunicação
 - iii) Gestão do stress/raiva
- Conclusão da sessão

Sessão 6: prevenção de recaída e mudança do estilo de vida

- Resumo dos trabalhos de casa da semana anterior
- Prevenção da recaída
 - Esboçar as ideias principais ideias a serem discutidas
 - Discutir a consciencialização da racionalização
 - Discutir o relacionamento passado do consumidor com a canábis
 - Discutir sentimentos de perda ou ansiedade relacionados com a paragem da canábis
 - Lidar com lapsos/recaídas
 - Identificação de recompensas pessoais
- Olhar para o futuro
 - Rever mudanças positivas
- Após a terapia ter terminado
 - Identificar o apoio do pós-tratamento

6.8 Definir o dia de paragem

A experiência clínica sugere o benefício dos consumidores nomearem um dia para a paragem (ou seja, um dia em que deixarão de consumir canábis). Como nem todos os consumidores apresentam como objetivo a abstinência, os técnicos podem precisar de adequar a data de paragem para uma data de redução. Estas datas permitem aos consumidores iniciarem um processo de redução ao longo do tempo.

Ao tentar definir uma data para parar, os técnicos devem discutir:

- Objetivos do utente: como mencionado acima, nem todos os consumidores têm como objetivo a abstinência

- Gravidade da dependência: como recomendado no campo do álcool, aqueles com dependência mais severa, são encorajados a passar algum tempo longe dos locais associados aos consumos de canábis
- Auto eficácia para a recusa da canábis: a confiança do consumidor pode ser amplificada ao serem discutidos sucessos anteriores quer na concretização da abstinência ou na alteração dos consumos ou noutros sucessos que destaquem os seus recursos/pontos fortes
- Requisitos educacionais/emprego, legais ou responsabilidades parentais: determinadas obrigações podem influenciar a necessidade de parar ou reduzir os consumos, condicionando os prazos estabelecidos pelo consumidor a fim de alcançar os seus objetivos

6.9 Sumário

Recomendação	Evidência
Os resultados dos ensaios de tratamento indicaram que as intervenções que utilizam CBT/MET e CM são um tratamento eficaz para o consumo de canábis	A
Os técnicos devem treinar as técnicas da MI, a fim de intervirem apropriadamente com os consumidores nas diferentes etapas de mudança	B
Como não existe nenhuma evidência acerca do número de sessões, os técnicos devem desenvolver as competências para oferecer 1 a 9 sessões, dependendo das necessidades ou dos objetivos dos consumidores e da definição da instituição	C

6.10 Referências

Alcoholics Anonymous. (1976). *Alcoholics anonymous*, 3rd edn. New York: Alcoholics Anonymous World Services.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37, 122–147.

Budney, A.J., Moore, B.A., Sigmon, S., & Higgins, S.T. (2006).

Contingency-management interventions for cannabis dependence. In R. Roffman & R. Stephens (eds.), *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 155–176.

Budney, A.J. & Higgins, S. (1998). A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Budney, A.J. & Hughes, J.R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 233-238.

Cannabis Treatment Research Project Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3), 455–466.

Carroll, K.M., Easton, C.J., Nich, C., Hunkele, K.A., Neavins, T.M., Sinha, R., Ford, H.L., Vitolo, S.A., Doebrick, C.A., & Rounsaville, B.J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(5), 955–966.

- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R.A., & Stephens, R.S.** (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 55–64.
- Dennis, M., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C.K.** (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 97 Suppl 1, 16–34.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R.** (2005). A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 91–111.
- Kadden, R.M., Litt, M.D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N.M.** (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviours* 32(6), 1220–1236.
- Marsh, A., Dale, A. & Willis, L.** (2007). *Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Summary*, 2nd edn. Western Australian Drug and Alcohol Office. Available on line: <http://www.dao.health.wa.gov.au>
- Martin, G. & Copeland, J.** (2008). The Adolescent Cannabis Check-up: A randomised trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 407–414.
- Mattick, R.P. & Jarvis, T.** (1993). *An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance project*. National Drug Strategy Monograph no. 20. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Miller, W.R.** (1995). *Motivational enhancement therapy with drug abusers*. National Institute on Drug Abuse. Available on line: <http://www.motivationalinterview.org/clinical/metdrugabuse.pdf>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (eds.)**. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Sanchez, V.C.** (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard, G. (ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Project MATCH Research Group.** (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, 1130–1145.
- Petry, N.M. & Simic, F.** (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: Clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23, 81–86.
- Rees, V., Copeland, J. & Swift, W.** (1998). A brief cognitive-behavioural intervention for cannabis dependence: Therapists' treatment manual. Technical Report no. 64. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L., & Carroll, K.M.** (2003). Engaging young probation-referred marijuana abusing individuals in treatment: A pilot trial. *The American Journal on Addictions* 12, 314–323.
- Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcrec, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R.** (2005). *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. DHHS Publication No. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson, E.E.** (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 92–99.

Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 898–908.

CAPÍTULO 7: Considerações especiais

7.1 Jovens

O trabalho com jovens implica uma compreensão acerca das questões do desenvolvimento, assim como, dos riscos e fatores de proteção associados às questões inerentes à adolescência. Tem sido sugerido que o trabalho com jovens implica abordagens únicas em que são considerados os processos desenvolvimentais, diferenças físicas, crenças diferentes e sistemas de valores (Winters, 1999). Tipicamente, os jovens não procuram tratamento. Daqueles que se apresentam em tratamento, muitos foram coagidos, por indicação judicial ou pressionados pela família ou escola e podem apresentar desmotivação para a mudança. Uma vez que muitos jovens não concluem o tratamento, necessitam de informação atualizada, incluindo estratégias de redução de danos; e estas devem ser fornecidas desde o início do tratamento, combinando-se durante as primeiras sessões, a avaliação e a intervenção psicoeducativas.

As intervenções breves motivacionais têm demonstrado serem eficazes na redução do consumo de canábis e nos problemas associados, tanto em jovens que procuram tratamento como naqueles que não o procuram (Dennis et al., 2004; Martin & Copeland, 2008). É sugerido que as abordagens motivacionais, particularmente apropriadas para os jovens, coloquem a ênfase na aceitação, sem juízos morais, evitando-se a argumentação e a confrontação hostil (Tevyaw & Monti, 2004). Esta abordagem, de aceitação, também significa que, para os jovens poderem participar na intervenção, não precisam de se identificar como tendo um problema de consumo (ou um potencial problema). Esta posição, promove o compromisso dos jovens, que não percebem o seu comportamento como problemático, nem se auto-identificam como tendo um problema (Tevyaw & Monti, 2004).

Existem vários fatores que podem reduzir a probabilidade dos jovens procurarem tratamento:

- Os jovens acreditam na sua invencibilidade;
- A adolescência é um período natural de experimentação;
- As funções executivas podem não estar completamente desenvolvidas;
- Podem não estar suficientemente desenvolvidos em termos sociais, para procurarem ajuda;
- A preocupação com as consequências do consumo de canábis advém da escola/polícia/pais.

A literatura tem demonstrado que o envolvimento das famílias no tratamento dos jovens consumidores é a “boa prática”. O envolvimento das famílias na avaliação e as questões do tratamento dos jovens consumidores de substâncias estão delineados no capítulo 8.

As intervenções grupais têm que considerar uma harmonização dos jovens em termos de variáveis tais como, a idade, o estágio de desenvolvimento, a intensidade do consumo, a filiação com os seus pares e a subcultura juvenil.

Maioritariamente, a evidência que suporta as intervenções breves no trabalho com adolescentes consumidores de substâncias, advém do modelo de “*check-up*”. Esta intervenção é desenhada e talhada para os que não aceitam tratamento, com a intenção de promover a *realização de um balanço*, tendo por objetivo o aumento da motivação para a mudança do comportamento. Walker et al. (2006), identificaram que nos modelos de *check-up*, existem 5 elementos em comum:

1. O eventual participante é ajudado a perceber que o *check-up* é um programa que tem uma natureza diferente do tratamento. É algo que pode ajudar os jovens a questionar o seu comportamento ou ajudar aqueles que já revelam preocupações com o seu consumo; e algo, que no decurso da participação, permite aos jovens aceitar ou rejeitar o feedback oferecido.
2. Cada *check-up* implica uma avaliação que reúne informação acerca dos padrões comportamentais, consequências positivas e negativas conforme entendidas pelo jovem, e atitudes no sentido de mudar ou não o comportamento.
3. O *check-up* oferece um feedback personalizado ao participante. Comumente, os relatórios personalizados de feedback (PFRs) são elaborados a partir das respostas dos jovens e incluem: dados de comparação normativa (isto é, a frequência de consumos de álcool individuais comparados com a média de consumo da população geral); gráficos utilizados para aumentar a autoavaliação do comportamento; índices relacionados com os riscos; consequências positivas e negativas da mudança antecipadas pelo jovem.
4. Um estilo de entrevista que facilita uma conversa calma acerca do comportamento (isto é, entrevista motivacional) é essencial a este tipo de experiência.
5. As intervenções baseiam-se nos princípios da redução de danos e no modelo dos ‘estádios de mudança’. Neste sentido, as intervenções são desenhadas de forma a irem ao encontro da “posição” em que o jovem está, pretendendo simultaneamente, reduzir o estigma associado à procura de ajuda, e encorajar o acesso aos serviços, concretizando-se pequenas ou grandes etapas do objetivo de mudança.

Os modelos *check-up* também demonstraram ser úteis no trabalho com populações de adultos consumidores de canábis. Para mais informações e treino no modelo, veja-se Walker et al. (2006), Martins & Copeland (2008) e www.ncpic.org.au

Websites para jovens e questões de saúde mental

Os seguintes websites estão bem desenhados, considerando a população juvenil. Estes oferecem informação e uma ampla gama de escalas de auto-classificação, atividades, fichas e plataformas interativas, testadas e validadas, incluindo um programa web de CBT (www.moodgym.anu.edu.au) que funciona como um e-sofá e está descrita na literatura (Burns et al., 2007).

<http://www.reachout.com.au>

<http://www.headspace.org.au>

<http://www.somazone.com.au>

<http://www.ybblue.org.au>

<http://www.beyondblue.org.au>

<http://www.moodgym.anu.edu.au>

7.2 Género

Os serviços direcionados para o tratamento do álcool e das substâncias, na sua generalidade, falharam no atendimento às necessidades especiais das mulheres dependentes de substâncias. Dada a escassez de serviços específicos no trabalho com a canábis, não é surpreendente que existam um número limitado de programas que considerem o género. Não é demais lembrar que as mulheres apresentam alguns constrangimentos específicos no acesso ao tratamento. Estes incluem uma especial sensibilidade ao estigma associado à dependência de mulheres, sobretudo no caso das grávidas (Zeese & Lewin, 1999); elevadas taxas de trauma e de comorbilidade de doença mental (em especial, a depressão, ansiedade, desordens somáticas e de personalidade); e dificuldades na acessibilidade física aos serviços, devido às responsabilidades parentais. Nas últimas décadas, o número de mulheres consumidoras de canábis aumentou, e subsequentemente, a redução nos dois géneros ocorreu de forma mais lenta do que nos homens, de modo que atualmente os números convergem nas faixas etárias entre os 14 e os 19 anos de idade. Os motivos associados ao consumo de homens e mulheres divergem, sendo que os primeiros apontam a melhoria do humor e as mulheres usam para lidar com o stress e a tensão crónica (Chabrol et al., 2005), o que pode justificar as altas taxas de ansiedade e depressão relatadas pelas mulheres consumidoras de canábis (Copeland, 2006; Degenhardt, Hall & Lysnkey, 2003; Poulin et al., 2005). As altas taxas de desordens mentais entre as mulheres consumidoras de canábis geralmente emergem na adolescência (Tu, Ratner & Johnson, 2008), o que sugere que uma intervenção precoce nos problemas de saúde mental pode reduzir o número de mulheres que necessitam de tratamento no futuro.

Os homens iniciam os consumos mais cedo do que as mulheres, sendo estes a maioria dos consumidores de canábis, e os que mais procuram ajuda na resolução do seu problema com canábis. Isto sugere que os programas de educação de substâncias destinados para a prevenção e para a identificação do problema

deveriam desenvolver-se especificamente para os rapazes e aplicados mais cedo do que os programas específicos dirigidos às raparigas. As questões específicas para homens devem incluir as relações entre consumos de substância e raiva e/ou violência, e as altas taxas de suicídio consumado. As abordagens destas questões aquando do tratamento são essenciais. Refira-se ainda que os homens respondem melhor ao concreto, com abordagens de tratamento orientadas para a ação (como as CBT) e melhor em grupos mistos ao nível do género (Marsh & Dale, 2006).

7.3 Diversidade cultural e linguística entre populações

Os indivíduos com origens culturais e linguísticas diversas (CALD) têm menor acesso aos serviços de tratamentos de substâncias do que aqueles que provém da cultura dominante; e quando o conseguem, é após um longo período de tempo passado a lidar sozinhos com os seus problemas com substâncias (Reid, Crofts & Beyer, 2001). A pesquisa identificou diversos fatores que contribuem para esta situação. Estes incluem a falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis; a falta de conhecimento na procura de ajuda, para além da unidade familiar ou da comunidade, na resolução de problemas; grande estigma ou vergonha em redor do consumo de substâncias, o que dificulta a procura de ajuda para este problema particularmente difícil (Donato-Hunt, 2007). Desenvolver uma relação terapêutica efetiva necessita de ter em conta estes fatores para o sucesso das abordagens de tratamento.

Quando trabalhamos com pessoas de populações CALD, é importante ter em conta o contexto cultural de consumos de canábis. Houseman (2003) recomenda que, no sentido de perceber o contexto cultural de consumos e de modo a providenciar um tratamento culturalmente seguro, os técnicos devem desenvolver uma compreensão da experiência cultural e de crenças dos utentes, em três domínios fundamentais:

- Experiência e contexto de migração
- Filiação étnica do subgrupo
- Crenças em relação à cultura dominante – verificar se as crenças dos utentes são tradicionais, estão aculturadas ou são uma mistura dos dois.

O Centro de Educação Multicultural de Substâncias e Álcool (DAMEC) recomenda que os técnicos estejam cientes do grau de compreensão da língua por parte do utente. Importa ainda notar que a compreensão afetará a capacidade do utente para comunicar as suas expectativas face ao tratamento, o qual poderá afetar seriamente a relação e os resultados terapêuticos do tratamento; para além disso, poderá afetar a participação do utente e o ambiente de grupo terapêutico. Evitar jargões e não valorizar os trabalhos de casa escritos e a informação escrita, facilitará a comunicação. A utilização de um intérprete em certas situações poderá facilitar a comunicação mas também poderá resultar em numerosos problemas. Dale, Marsh e Willis (2007) recomendam o especial cuidado que os técnicos têm de ter na utilização de intérpretes: sobretudo, no que diz respeito à confidencialidade e tradução rigorosa.

Recomenda-se o encaminhamento para serviços etno-específicos, como o ideal; e que, em vez da existência de serviços de tratamento dirigidos a cada grupo cultural, a utilização de consultores culturais em colaboração com os serviços de tratamento é suscetível de apresentar melhores resultados (Dale, Marsh & Willis, 2007). É aconselhável um encontro com um mediador cultural antes da sessão com o utente. O mediador cultural providencia assistência e orientação nas seguintes áreas:

- Aumentar o conhecimento acerca do contexto cultural do utente
- Apoiar o desenhar de tratamentos específicos
- Apoiar o desenho de material escrito a ser providenciado ao utente
- Avaliar a compreensão dos trabalhos de casa
- Fornecer orientação acerca da utilização dos serviços da comunidade
- Fornecer orientação acerca do papel de género no tratamento

Perante a indisponibilidade do mediador cultural, apurar qual a abordagem mais útil para os utentes.

7.4 Populações indígenas

O uso de canábis pelos indígenas australianos é comum e apresenta-se como um sério problema de saúde (Clough et al., 2004). Por exemplo, o Western Australian Aboriginal Child Health Survey (2005), que pesquisou o bem-estar emocional e social de 5289 jovens aborígenes até aos 17 anos de idade, e a viver na Austrália Ocidental (Blair et al., 2005), indicou o seguinte:

- 30% dos jovens da amostra tinham usado canábis nalguma altura ao longo das suas vidas
- 40% do género masculino da amostra e 21% do género feminino tinham usado canábis, pelo menos, semanalmente
- 75% dos indivíduos da amostra que bebiam álcool e fumavam cigarros também usavam regularmente canábis, em comparação com 8% dos que nunca tinham bebido álcool ou fumado cigarros

Similarmente, Clough e colegas relataram a prevalência ao longo da vida de consumo de canábis em 77% dos indivíduos de género masculino e 61% do género feminino numa amostra de 190 indivíduos (17-36 anos de idade) de duas comunidades em Arnhem Land.

De forma a providenciar o tratamento a utentes Indígenas, são fornecidas recomendações no sentido de uma prestação de serviços culturalmente credíveis:

- Dada a prevalência do uso de canábis, incluir a avaliação em todos os serviços de saúde primários e, na generalidade dos contextos de aconselhamento
- Desenvolver o conhecimento da linguagem verbal e não-verbal que denote a presença de canábis na comunidade
- Reconhecer que os questionários e outras metodologias de avaliação podem não ser as mais adequadas. Quando providenciamos o feedback de algumas medidas, deve-se estar ciente de que os resultados em relação à população geral podem ter pouco significado para o utente
- Se possível, dar a possibilidade de escolha ao utente de ter um mediador indígena do mesmo sexo presente ou ser referenciado para um serviço específico para populações indígenas
- Conhecer a história da colonização local e trabalhar com base nesse conhecimento
- Receber formação cultural específica
- Assegurar que o tratamento ocorre de acordo com a definição indígena de saúde
- De acordo com o utente, deve-se ter como objetivo o trabalho com os sistemas familiares e comunitários. Manter a confidencialidade.
- Consultar o mediador cultural ou obter supervisão indígena, para discutir o tratamento apropriado e outras questões como a vergonha e a confidencialidade
- Estar ciente da intensidade da dor e da perda que continuam a afetar muitas comunidades indígenas e ter estes aspetos em consideração nas abordagens e formas de tratamento (Dale, Marsh & Willis, 2007)
- Providenciar serviços clínicos flexíveis; as obrigações familiares e culturais prevalecem sobre as marcações (Dale, Marsh & Willis, 2007)
- Ter consciência da compreensão do idioma e grau de literacia do utente, reduzir o jargão clínico e fornecer informações escritas em conformidade com o descrito, bem como, nas que contemplam tarefas para casa.

Os estilos de práticas existentes nem sempre são sensíveis às crenças culturais e aos sistemas familiares dos aborígenes. Strong Spirit Strong Mind (Casey & Keen, 2005) é um dos exemplos de intervenção com álcool e substâncias que aplicam CBT de uma forma culturalmente segura. Os recursos de The Strong Spirit Strong Mind definem a forma como o *inner* spirit deve ser abordado no contexto terapêutico e incorporam-no na CBT. O SSSM descreve como a espiritualidade pode ser trabalhada num contexto terapêutico e como incorpora de forma culturalmente segura os princípios da CBT. O modelo fornece a

compreensão dos efeitos e implicações da colonização e da introdução do álcool e outras substâncias, sendo consistente com a 'teoria da aprendizagem social'.

Recursos úteis:

Casey, W. & Keen, J. (2005). *Strong Spirit Strong Mind, Aboriginal alcohol and other drugs worker resource: A guide to working with our people, families and communities*. Aboriginal Alcohol and other Drugs Program, WA Drug and Alcohol office.

Dudgeon, Garvey & Pickett's (2000) *Working With Indigenous Australians: A Handbook for Psychologists* (Perth: Gunada Press, Curtin Indigenous Research Centre).

<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads//nnadap-pnlaada-eng.php>

7.5 Utentes obrigados a tratamento ou encontram-se em tratamento de forma involuntária

As referências involuntárias são muito comuns no tratamento à canábis com a introdução de diversas estratégias de acordo com as várias jurisdições internacionais. Existem, no entanto, outros tipos de coação. Estas incluem a referência dos pais aos serviços de proteção à infância e juventude; pedidos das entidades empregadoras; referências de adolescentes pelos progenitores ou escolas; e, coação por alguém próximo.

Apesar de um terço dos encaminhamentos para as unidades de alcoologia e serviços de tratamento da dependência de substâncias realizados em toda a Austrália estarem registados como advindos do sistema judicial, existe pouca pesquisa que avalie a eficácia do tratamento legalmente imposto. Uma avaliação recente do NSW Drug Court (Weatherburn et al., 2008) encontrou resultados positivos, assim como uma revisão dos programas policiais em contextos festivos na Austrália (Ogilvie & Willis, 2009). Um estudo com adultos em tratamento às substâncias no Texas, concluiu que os que foram legalmente coagidos para o tratamento apresentaram menos angústia psicológica, mas estão mais propensos a retomar o consumo de canábis após 90 dias do pós-tratamento, comparativamente aos que se apresentaram voluntariamente a tratamento (Copeland & Maxwell, 2007).

Em sessão:

- Discutir as expectativas da referência
- Reconhecer porque se encontra ali, e validar os sentimentos inerentes ao facto de ter sido encaminhado/coagido para o tratamento
- Reconhecer que pode haver uma monitorização formal do progresso e outros limites à confidencialidade

- O envolvimento e a terapia do aumento da motivação, são mais importantes do que a avaliação
- Muitos dos utentes coagidos para tratamento não estão interessados em mudar o seu comportamento. Nestes casos, devem-se considerar cuidadosamente as estratégias de redução e minimização dos danos (dependendo dos objetivos judiciais de abstinência/redução do uso)

7.6 Diminuição do consumo para aqueles que não procuram tratamento

Tal como nos consumidores de outras substâncias, a maioria dos consumidores de canábis não procuram tratamento especializado. É assim, importante, que um conjunto de atividades, incluindo a promoção da saúde, possa ocorrer numa variedade de contextos com o objetivo de elevar as opções de tratamento.

Existem oportunidades para uma atuação proactiva, capaz de fornecer uma intervenção precoce com a finalidade de se evitar que o uso de canábis se torne problemático. Informação geral acerca da canábis e opções de tratamento podem ser disseminadas através de serviços de saúde, cuidados de saúde primários, espaços comunitários, serviços juvenis e escolas. As iniciativas incluem:

- Atividades de promoção de saúde em diferentes contextos, incluindo educação comunitária para a saúde, e as consequências sociais e legais do uso de canábis e acesso às intervenções, caso o desejem;
- Programas de educação de pares, com consumidores que usam ou usaram canábis, acerca dos riscos da canábis, estratégias de redução de riscos e tratamentos e serviços disponíveis.

7.7 Tratamento individual versus tratamento de grupo

Os estudos acerca da intervenção com canábis explanados na literatura incluem intervenções de grupo e intervenções individuais. Embora muitos utentes prefiram a abordagem individual, as evidências demonstram que CBT poderá beneficiar de espaços de grupo (Stephens et al., 1994; Stephens et al., 2000; Marques & Formigoni, 2001). A fim de integrar efetivamente a CBT num ambiente de grupo, os técnicos necessitam de ser proficientes em processos grupais.

Considerações

Situações tidas em conta pelos serviços aquando do desenvolvimento de programas individuais ou de grupos:

- As capacidades dos técnicos no desenvolvimento de CBT, tanto em grupo como noutras formas de intervenção;
- A capacidade do serviço para elaborar pré-avaliações combinadas com as variáveis-chave dos membros do grupo, tais como, idade, filiação com os pares, subcultura juvenil, grau de dependência, estágio desenvolvimental e equilíbrio de género;

- O interesse dos utentes de se envolverem no trabalho de grupo. De um modo geral, é difícil atrair indivíduos para os grupos, devido ao estigma e embaraço;
- As dinâmicas de grupo podem afetar negativa ou positivamente a coesão do grupo; o grande risco é quando os elementos são muito diferentes, o que limita em termos de experiências comuns;
- Estes serviços devem ser capazes de responderem mais rapidamente às necessidades dos utentes através de grupos (através da redução das listas de espera) mas as desistências podem ser altas.

Para os técnicos que considerarem o trabalho com grupos para canábis, recomenda-se o manual Cannabis Youth Treatment, disponível online em <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd384/OK>

7.8 Espaços terapêuticos

Embora o tratamento de canábis raramente implique o internamento, o contexto envolvente do utente pode interferir na capacidade deste alcançar a abstinência em ambulatório.

Faltam estudos bem conduzidos que avaliem a eficácia do internamento comparativamente com o tratamento em ambulatório relativamente aos transtornos por uso de substâncias, bem como sobre a eficácia dos diferentes modelos específicos de internamento. O internamento poderá ser considerado para aqueles utentes que têm por objetivo a abstinência e apresentam comorbilidade física, problemas de saúde mental ou social (por exemplo, habitação). O utente em primeiro lugar, deverá tentar um tratamento em ambulatório. Qualquer benefício adicional que possa existir num período de reabilitação residencial, para além do que se obteve durante o período de desintoxicação, é provável que esteja relacionado com a cronicidade da dependência e/ou com as comorbilidades dos seus problemas psicossociais. Quando a medicação para os sintomas da síndrome da abstinência é necessária, é importante a ligação entre os médicos e as instituições de tratamento.

Quando se considera o internamento para desintoxicação ou o internamento prolongado, as questões relevantes incluem:

- Se o ambiente familiar é apropriado para a desintoxicação (isto é, se o suporte necessário está disponível; disponibilidade de um alojamento estável; número de tentativas falhadas em ambulatório);
- Se o utente apresenta comorbilidade de problemas de saúde física ou de saúde mental;
- Se o utente apresenta síndrome de abstinência a múltiplas substâncias;
- Preferência do utente.

7.9 Abandono antecipado do tratamento

Mesmo após a admissão e a aceitação no tratamento, os indivíduos estão frequentemente ambivalentes em iniciá-lo, e o risco de abandonarem neste momento é grande. É comum, mesmo para aqueles que procuram tratamento, não aguentarem o suficiente para sentirem os benefícios (Hser et al., 1997). O abandono do pré-tratamento em indivíduos com dependência de canábis está associado com fatores de instabilidade sociais e socioeconômicos. Estes incluem o desemprego, o serem solteiros, baixa habilitação e pouca idade (Vendetti et al., 2002). Os utentes que não se identificam com a dependência de canábis apresentam um abandono quatro vezes superior no pré-tratamento do que aqueles que percebem a sua dependência de canábis.

E se um adolescente desiste do tratamento?	<p>Os jovens devem ser seguidos de forma mais assertiva.</p> <p>Dicas do acompanhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de um telefonema (mínimo) seguido de uma carta (escrita à mão num papel timbrado da instituição poderá levar a melhores resultados de compromisso) • A pesquisa aponta que confirmar as marcações por mensagens de texto/SMS aumenta a presença nos atendimentos
--	--

7.10 Cuidados continuados

Na gestão das desordens pelo consumo de canábis, é positiva a realização de sessões de follow-up ou de reforço. O tempo de uma sessão de acompanhamento pode depender de diferentes questões, como a magnitude do problema, as competências que o utente necessita de praticar entre sessões e a capacidade do terapeuta e do serviço. As pesquisas analisaram diferentes modelos de cuidados continuados. Existe ainda muito para se aprender acerca do tema:

- A utilidade de uma monitorização mais frequente ou mesmo contínua no sentido de melhorar os resultados;
- O efeito de cuidados continuados menos formais (isto é, conselheiros de recuperação e intervenções baseadas na fé); e
- Modos de prestação de serviços, tais como correio eletrónico, telefonemas, internet.

Todos os técnicos são encorajados a desenvolverem os seus próprios modelos considerando os recursos e as limitações existentes, como a pesquisa indica, independentemente do método utilizado, se este for bem aplicado, os resultados positivos aumentam. Dois métodos serão, de seguida, discutidos.

Cuidados continuados por telefone

O uso de intervenções baseadas no telefone é novo e ganhou popularidade como uma opção de baixo custo. Os resultados sugerem que a realização de um telefonema semanal, como cuidado continuado, para utentes que estiveram internados, pode levar a um aumento dos resultados (Cacciola et al., 2008). Os autores recomendam que os procedimentos de follow-up devem ser explicados aos utentes detalhadamente desde o momento da admissão. Isto aumenta as taxas de participação e baixa as taxas de abandono não programadas. Os procedimentos para o número de tentativas das chamadas e para o aumento da intensidade ou frequência dos contactos telefónicos falhados precisam de ficar claramente documentadas.

Cuidados continuados assertivos (ACC)

No sentido da redução das taxas de recaída, é importante definir um plano estruturado de acompanhamento dos utentes que tenham concluído o tratamento recentemente (independentemente da situação). Um acompanhamento assertivo é um acompanhamento no qual o técnico toma um papel ativo no apoio ao utente para que este receba o acompanhamento. Um estudo com jovens que deixaram uma reabilitação residencial e passaram para um apoio nos cuidados continuados mostrou que estavam mais propensos à abstinência quanto à canábica nos três meses seguintes do que aqueles que não receberam apoio ACC (Godley, Godley & Dennis, 2002).

O processo em geral inicia-se com uma reunião entre os técnicos e os utentes antes da alta. Posteriormente, o técnico providencia apoio ambulatorio ou telefonico e apoia na negociação de serviços de tratamento adicionais, os quais podem incluir apoio escolar, apoio judicial e outros serviços no apoio à recuperação. Os planos de apoio continuado podem incluir ligações para programas locais de tratamento em ambulatorio e de grupos de auto e ajuda-mútua.

Considerações

Nos cuidados continuados, recomendam-se as seguintes linhas de orientação mínimas:

- Apesar da dificuldade em acompanhar os utentes, deve ser dada prioridade absoluta a este seguimento
- Os formatos dos procedimentos de follow-up devem ser explicados aos utentes antes da alta. Aos utentes deve ser dada a opção de não participarem no follow-up, mas é a sua importância que deve ser enfatizada
- A primeira sessão de follow-up deve ser realizada antes que o utente complete o tratamento
- Informar a instituição de referência sobre os resultados do tratamento e dos objetivos subjacente ao follow-up

- Deve ser dada prioridade ao acompanhamento presencial (individual ou de grupo) ou ao acompanhamento pelo telefone, embora o contacto escrito também tenha benefícios
- O acompanhamento deve ser agendado segundo uma periodicidade cuja frequência esteja de acordo com os recursos.

7.11 Outras terapias

Embora as evidências sobre as desordens do consumo de canábis sustentem o uso de CBT e MET, poderão existir razões para se considerarem outros tipos de terapia (por exemplo, complexidade, resistência à CBT, ou treino clínico prévio). De acordo com o *NSW Health Drug and Alcohol Practice Guidelines (NSW Department of Health, 2008)*, as seguintes terapias estão suportadas pelo nível 2 ou 3 da investigação ou da opinião clínica.

- Redução do stress baseada em Mindfulness (desenvolvida por Segal, Williams & Teasdale, 2002)
 - ✓ Esta é uma prática de meditação com origens Budistas
 - ✓ A atenção foca-se nas experiências físicas, emocionais e cognitivas no momento presente
- Terapia comportamental dialética (DBT) (desenvolvida por Linehan, 1993)
 - ✓ Adaptada de tratamentos com indivíduos com desordens de personalidade borderline, envolve CBT e abordagens de mindfulness que incluem treino de competências de grupo, mudanças de comportamento e cognitivas, reflexão, empatia e aceitação
 - ✓ DBT foi adaptada visando especificamente consumos problemáticos de álcool e outras substâncias e os resultados positivos estão documentados.
- Terapia da aceitação e do compromisso (ACT) (desenvolvida por Hayes & Strosahl, 2004)
 - ✓ Esta abordagem ensina as pessoas a explorarem acontecimentos dolorosos através de pensamentos, memórias, sentimentos e sensações físicas em lugar de as evitar
 - ✓ A pesquisa sugere que a ACT é efetiva na gestão do stress, depressão, dor, doença crónica e dependência de substâncias
- Terapia breve focada nas soluções (SFBT) (desenvolvida por Shazer, 1985)
 - ✓ Esta abordagem assume que o utente está disposto e motivado para a mudança, e o tratamento ajuda-o a imaginar o que gostaria que fosse diferente e o que poderá ser feito para conseguir essa mudança.
 - ✓ Uma meta-análise das abordagens SFBT encontrou efeitos positivos no tratamento (Kim, 2008)

- Abordagens psicodinâmicas
 - ✓ Focalizam-se nos efeitos dos estímulos externos
 - ✓ O tratamento é geralmente de longa duração (entre 16 semanas a vários anos)

7.12 Abordagens de Internet

As estratégias de autoajuda oferecem uma solução promissora face às dificuldades de acessibilidade no tratamento presencial, e a Internet providencia um modo excelente para estas estratégias. Estudos demonstraram que a eficácia do tratamento baseado na web quanto à redução do uso de álcool (Doumas & Hannah, 2008; Kypri et al., 2008; Riper et al., 2008) e tabaco (An et al., 2008). Estudos não publicados testaram a efetividade de tratamentos especializados através da web para consumidores de canábis.

7.13 Uso concomitante de substâncias

Uso de tabaco

Para utentes que consomem canábis e fumam tabaco (independentemente e/ou misturado com canábis), as evidências sobre a abstinência simultânea são mistas. Um estudo demonstrou que a cessação do consumo de ambas não perturbou a abstinência face ao álcool, sugerindo que a paragem poderá até aumentar a probabilidade de sobriedade a longo prazo (Gulliver, Kamholz & Helstrom, 2006). Um estudo adicional descobriu que os sintomas de abstinência de ambas foram mais graves durante a cessação simultânea mas as diferenças foram de curta duração e não significativas; diferenças individuais substanciais foram notadas (Vandrey et al., 2008). Sullivan e Covey's (2002) na revisão de ensaios clínicos, afirmam que a continuação do consumo de tabaco afeta negativamente o tratamento para a dependência de canábis.

A incapacidade ou falta de motivação para o utente cessar o consumo de tabaco não deverá, no entanto, ser uma barreira para a cessação ou continuidade do tratamento face à canábis. Os utentes que misturam tabaco com a canábis podem não se identificar como consumidores de tabaco, e desta feita, a avaliação de forma cuidadosa da comorbilidade com a dependência de nicotina e o feedback acerca dos riscos do uso do tabaco devem ser garantidos.

“A dificuldade com a cessação tabágica pode ser considerada um dos efeitos adversos mais importantes do uso de canábis” (Ford, Vu & Anthony, 2002, p. 247)

Visão global

- O consumo de tabaco encontra-se associado com o aumento da dependência de canábis (Ream et al., 2008; Okoli et al., 2008) e dificulta o abandono do consumo de canábis (Patton et al., 2006)

Passos

- Avaliação da dependência de nicotina através de entrevista clínica ou através do Fagerstrom Nicotine Dependence Questionnaire
- Avaliar a prontidão para a mudança, em simultâneo, do uso de tabaco
- Se o utente está motivado, discutir e/ou referir as opções farmacológicas como a Nicotine Replacement Therapy (NRT), bupropion (Zyban) ou vareniclina (Champix). Várias opções são descritas no quadro 15.
- Na Austrália, o Champix suplantou o Zyban
- Nota: os técnicos são encorajados a monitorizarem os resultados apresentados nos ensaios clínicos das terapias de substituição, uma vez que este é um terreno em rápida expansão.

NB: The Fagerstrom Nicotine Dependence Questionnaire poderá não se adequar para aqueles que não fumam tabaco independentemente do seu consumo de canábis.

Revisão da terapia de substituição da nicotina (NRT)

A revisão da Cochrane (Stead et al., 2008) de 132 ensaios de NRT, com mais de 40 000 indivíduos, concluiu que todas as formas de NRT tornam mais possível o sucesso das tentativas de cessação tabágica. A probabilidade de parar de fumar aumenta 50% a 70% (baseado no hábito de fumar 15 cigarros por dia).

Outros resultados indicam que:

- Globalmente, não existem diferenças significativas na eficácia das diferentes formas de NRT, nem benefício no uso de selos para além das 8 semanas
- A NRT funciona com ou sem aconselhamento adicional
- Os consumidores *mais pesados* poderão necessitar de doses mais elevadas de NRT
- Os indivíduos que utilizam NRT durante a tentativa de paragem estão mais suscetíveis de aumentar a sua possibilidade de sucesso, usando uma combinação do adesivo de nicotina e uma medicação de ação rápida
- Dados preliminares sugerem que a utilização da NRT um pouco antes da data de paragem do consumo pode aumentar as possibilidades de sucesso

Quadro 15: Opções na terapia de substituição de nicotina

Preparação	Método	Possíveis efeitos secundários	Dosagem
------------	--------	-------------------------------	---------

Sistemas transdérmicos	Estão disponíveis pensos de 16 e de 24 horas. São colocados numa parte com poucos pelos entre o pescoço e o tornozelo	Podem ocorrer irritações locais	1 penso por dia
Comprimidos sublinguais	Um comprimido é colocado sob a língua e absorvido	Alguma sensação de ardência na boca	15-20 comprimidos/dia
Losangos	Um losango é colocado na boca	Alguma sensação de ardência na boca	10-15/dia
Pastilhas elásticas	Mastigar por alguns minutos e depois deixar na boca. Repetir, mudando de lado 20 minutos é o limite para cada pastilha elástica	Alguma sensação de ardência na boca Dor no maxilar	1-15/dia
Spray nasal	Um esguicho por narina	Alguma sensação de ardência nas narinas Espirros e olhos lacrimejantes	2 esguichos regularmente ao longo do dia
Inalador	Inalado como um cigarro	N/A	3-6 cartuchos

Adaptado de McEwen, Hajek, McRobbie, & West (2006), *Manual of Smoking Cessation: A Guide for Counsellors and Practitioners*

Atenção

Deve-se ter atenção na prescrição de bupropion (Zyban) durante a paragem do consumo de canábis, pois a sintomatologia de abstinência pode ser exacerbada.
Não existe nenhuma base factual para a NRT em jovens consumidores.

A NRT está disponível em farmácias mas não é comparticipada. O Champix e o Zyban estão disponíveis mediante prescrição médica e são subsidiados pela PBS. Nesta altura, não existem ensaios clínicos publicados acerca do uso de NRT e do Champix para o uso na dependência de canábis, ou na dependência de nicotina e de canábis. Existe apenas um estudo publicado acerca do uso de Zyban no caso de dependência de canábis com resultados baixos devido aos efeitos secundários da bupropion na exacerbação dos efeitos da abstinência.

Utilização concomitante de benzodiazepinas

Para os consumidores que procuram tratamento à canábis e que também utilizam benzodiazepinas, são recomendados os seguintes passos, para o reconhecimento desta condição ou a sua dependência de benzodiazepinas:

Passos	Recomendações para gestão médica
1	Estabilizar o uso de benzodiazepinas: isto pode ser alcançado através de um regime de redução e limitação do número de comprimidos consumidos a cada dia, num acordo negociado entre o utente e o técnico
2	Desintoxicação seletiva de canábis: os utentes reduzem o seu consumo de canábis, mantendo a dose atual de benzodiazepinas
3	Monitorizar e manter o uso de benzodiazepinas: verificar com o utente, regularmente, de forma a garantir de que não há escalada no consumo de benzodiazepinas

4	Após a cessação do consumo de canábis (ou redução e estabilização do uso), considerar as opções para a abstinência ou redução de benzodiazepinas com supervisão médica
----------	--

7.14 Lidar com restrições de tempo

Ao longo destas diretrizes temos falado na definição de intervenções direcionadas para os interesses do utente. No entanto, as intervenções terão que também ter em conta a instituição, bem como, o tempo que o técnico tem disponível. De seguida, apresenta-se um guia para moldar as intervenções (adaptado de Shand et al., 2003).

Quadro 16: Contextos com limitações de tempo

Sem tempo	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer panfletos acerca do abandono da canábis (www.ncpi.org.au)
30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Rastreio Fornecer conselhos simples acerca dos riscos associados ao uso da canábis Oferecer consulta de acompanhamento
60-90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do uso de canábis e outras questões, com comentários personalizados Discutir auto gestão e opções de tratamento Providenciar material de autoajuda Oferecer consulta de acompanhamento

7.15 Sumário

Recomendações	Evidências
Na maioria dos casos, a dependência de canábis pode ser tratada em regime ambulatorio, através de intervenções MI/CBT	A
Enquanto não forem testados outro tipo de ensaios a utilização complementar de CM e MI/CBT demonstrou melhores resultados	A
As dependências com comorbilidade são comuns e podem ser tratadas em simultâneo, por exemplo, dependência de nicotina com NRT	C
Enquanto não existir investigação que suporte o número ideal de sessões, cursos de uma a nove sessões foram testadas com resultados positivos	C
Os cuidados continuados e um follow up assertivo são aspetos importantes do tratamento	B

7.16 Referências

An, L.C., Klatt, C., Perry, C.L., Lein, E.B., Hennrikus, D.J., Pallonen, U.E., Bliss, R.L., Lando, H.A., Farley, D.M., Ahluwalia, J.S., & Ehlinger, E.P. (2008). The realU online cessation intervention for college smokers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 47(2), 194–199. Available on line:

<http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.ypped.2008.04.011>

Blair, M.E., Zubrick, S.R., & Cox, A.H. (2005). The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: findings to date on adolescents. *Medical Journal of Australia*. 183(8), 433-435.

Burns, J., Morey, C., Lagelée, A., Mackenzie, A., & Nicholas, J. (2007). Reach Out!: Innovation in service delivery. *Medical Journal of Australia* 187(7), S31–S34.

Cacciola, J., Camilleri, A., Carise, D., Rikoon, S., McKay, J., McLellan, T., Wilson, C., & Schwarzlose, J.T. (2008). Extending residential care through telephone counseling: Initial results from the Betty Ford Center Focused Continuing Care protocol. *Addictive Behaviors* 33(9), 1208–1216.

Casey, W. & Keen, J. (2005). *Strong Spirit Strong Mind, Aboriginal alcohol and other drugs worker resource: A guide to working with our people, families and communities*. Aboriginal Alcohol and other Drugs Program, WA Drug and Alcohol office.

Chabrol, H., Duconge, E., Casas, C., Roura, C., & Carey, K.B. (2005). Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addictive Behaviours* 30, 829–840.

Clough, A., d’Abbs, P., Cairney, S., Gray, D., Maruff, P., Parker, R., & O’Reilly, B. (2004). Emerging patterns of cannabis and other substance use in Aboriginal communities in Arnhem Land, Northern Territory: A study of two communities. *Drug and Alcohol Review* 23(4), 381–390.

Copeland, J. (2006). Cannabis use, depression and public health. *Addiction* 101, 1380.

Copeland, J. & Maxwell, J. (2007). Correlates and outcomes of cannabis treatment among legally coerced versus non coerced adults in Texas. *BMC Public Health* 7, 111.

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.

Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* 98, 1493–1504.

Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27, 197-213.

Donato-Hunt, C. (2007). Issues for CLD clients in accessing appropriate treatment. *Drug Info Newsletter* 5(2), 2.

Doumas, D. & Hannah, E. (2008). Preventing highrisk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 263–271.

Dudgeon, P., Garvey, D. & Pickett, H. (2000). *Working with Indigenous Australians: A handbook for psychologists*. Perth: Gunada Press.

Ford, D.E., Vu, H.T. & Anthony, J.C. (2002). Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug and Alcohol Dependence* 67, 243–248.

Godley, S.H., Godley, M.D. & Dennis, M.L. (2001). The Assertive Aftercare Protocol for adolescent substance abusers. In E.F. Wagner & H.B. Waldron (eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. New York: Pergamon, pp. 313–331.

Godley, S.H., Meyers, R.J., Smith, J.E., Karvinen, T., Titus, J.C., Godley, M.D., Dent, G., Passetti, L., & Kelberg, P. (2001). *The adolescent community reinforcement approach for adolescent cannabis users. Cannabis Youth Treatment (CYT) series*, Vol. 4. DHHS Pub. no. 01–3489. Rockville, MD: Center for Substance

Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available on line at http://www.chestnut.org/li/cyt/products/acra_cyt_v4.pdf

Gulliver, S.B., Kamholz, B.W & Helstrom, A.W. (2006). Smoking cessation and alcohol abstinence: What do the data tell us? *Alcohol Research & Health* 29(3), 208–212.

Hayes, S. & Strosahl, K.D. (eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Heidelberg, Germany: Birkhauser.

Houseman, D. (2003). *A framework for working with alcohol and other drug clients from diverse communities*. Melbourne: Victorian Dept of Human Services.

Hser, Y.I., Anglin, M.D., Grella, C.E., Longshore, D., & Prendergast, M.L. (1997). Drug treatment careers: A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(6), 543–558.

Kim, J. (2008). Examining the effectiveness of solution focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice* 18, 107–116.

Kypri, K., Langley, J.D., Saunders, J.B., Cashell-Smith, M.L., & Herbison, P. (2008). Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Archives of Internal Medicine* 168, 130–136.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Marsh, A. & Dale, A. (2006). *Addiction counseling: Content and process*. Melbourne: IP Communications.

Marsh, A., Dale, A. & Willis, L. (2007). *Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Summary*, 2nd edn. Western Australian Drug and Alcohol Office. Available on line: <http://www.dao.health.wa.gov.au>

Martin, G. & Copeland, J. (2008). The Adolescent Cannabis Check-up: A randomised trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 407–414.

McEwen, A., Hajek, P., McRobbie, H., & West, R. (2006). *Manual of smoking cessation: A guide for counsellors and practitioners*. Oxford UK: Blackwell Publishing

Marques, A. & Formigoni, M. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 96, 835–846.

NSW Department of Health. (2008). NSW Health Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines. Available on line: <http://www.health.nsw.gov.au>

Ogilvie, J. & Willis, K. (2009). *Police drug diversion in Australia*. Criminal Justice Bulletin series no. 3. Available on line: <http://www.ncpic.org.au>

Okoli, C.T.C., Richardson, C. & Johnson, J.L. (2008). An examination of the relationship between adolescents' initial smoking experience and their exposure to peer and family member smoking. *Addictive Behaviors* 33 (9), 1183–1191.

Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Sawyer, S.M., & Lynskey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction* 100, 1518–1525.

Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B., & Santor, D. (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction* 100, 525–535.

- Ream, G., Benoit, E., Johnson, B., & Dunlap, E.** (2008). Smoking tobacco along with marijuana increases symptoms of cannabis dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 95(3), 199–208.
- Reid, G., Crofts, N. & Beyer, L.** (2001). Drug treatment services for ethnic communities in Victoria, Australia: An examination of cultural and institutional barriers. *Ethnicity and Health* 6(1), 13–26.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P.** (2008). Web-based self-help for problem drinkers: A pragmatic randomized trial. *Addiction* 103, 218–227.
- Segal, Z., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D.** (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shand, F., Gates, J., Fawcett, J., & Mattick, R.** (2003). *Guidelines for the treatment of alcohol problems*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Stead, L.F., Perer, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T.** (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (art. no. CD000146). Available on line: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub3>
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson, E.E.** (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 92–99.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L.** (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 898–908.
- Sullivan, M. & Covey, L.** (2002). Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Current Psychiatry Reports* 4, 388–396.
- Tevyaw, T.O. & Monti, P.M.** (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction* 99, 63–75.
- Tu, A.W., Ratner, P.A. & Johnson, J.L.** (2008). Gender differences in the correlates of adolescents' cannabis use. *Substance Use and Misuse* 43(10), 1438–1463.
- Vandrey, R.G., Budney, A., Hughes, J., & Liguori, A.** (2008). A within-subject comparison of withdrawal symptoms during abstinence from cannabis, tobacco, and both substances. *Drug and Alcohol Dependence* 92(1–3), 48–54.
- Vendetti, J., McRee, B., Miller, M., Christiansen, K., Herrell, J., & The Marijuana Treatment Project Research Group.** (2002). Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence. *Addiction* 97 Suppl. 1, 125–134.
- Walker, D., Roffman, R., Stephens, R., Berghuis, J., & Kim, W.** (2006). A brief motivational enhancement intervention for adolescent marijuana users: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(3), 628–632.
- Weatherburn, D., Jones, C., Snowball, L., & Hua, J.** (2008). *The NSW drug court: A re-evaluation of its effectiveness*. Crime and Justice Bulletin no. 121. Sydney: NSW Bureau of Crime Statistics and Research.
- Winters, K.C.** (1999) *Treatment of adolescents with substance use disorders*. Treatment Improvement Protocol Series 32. Substance Abuse and Mental Health Service Admin (SAMHSA). Centre for Substance Abuse Treatment: Rockville MD.
- Zeese, K.B. & Lewin, P.M.** (1999). *Reduce drug abuse and use among women: The Effective National Drug Control Strategy 1999*. Common Sense for Drug Policy: Falls Church, VA.

CAPÍTULO 8: Intervenções Familiares

8.1 Famílias

As crianças podem vivenciar consequências negativas relativas ao consumo de substâncias dos pais. Um relatório recente aponta que aproximadamente 10% das crianças residem em agregados familiares em

que os pais são consumidores ou dependentes de álcool ou substâncias. Além disso, 24 em 1000 crianças australianas com menos de 12 anos de idade estiveram expostas a pelo menos um indivíduo que consome diariamente. (Frye et al. , 2008)

Ter em consideração as famílias é um aspeto importante para o tratamento, particularmente no que diz respeito à relação com utentes adolescentes. Este capítulo considera o envolvimento dos membros da família, independentemente do facto do consumidor ser o progenitor ou o filho. As intervenções mencionadas neste capítulo podem ser implementadas em qualquer estágio do tratamento conforme o que se avalia como sendo o mais adequado. Os técnicos e os contextos de intervenção variam nas suas práticas e na sua capacidade de providenciar intervenções junto dos familiares. Os técnicos são motivados a fazer uma avaliação formal relativamente à disposição do indivíduo em envolver a família no tratamento e à sua capacidade para o fazer. Uma avaliação compreensiva deve incluir a história da saúde mental e a avaliação do consumo de substâncias dos pais e uma potencial referenciação para o tratamento individual destas questões. Em baixo estão enumerados os princípios e os diferentes níveis de intervenção de suporte às famílias que os técnicos podem ter em consideração. Estas intervenções podem ser implementadas em qualquer estágio do tratamento, conforme se considere apropriado. Note-se que estas intervenções são recomendadas somente para técnicos com experiência prévia e treino específico no trabalho com famílias.

8.2 Princípios das práticas de inclusão familiar

- Envolver as famílias nos serviços de tratamento pode permitir obter melhores resultados comparativamente ao trabalho individual
- Os utentes são os melhores juízes das suas famílias, e em que medida estas poderão envolver-se no tratamento
- As famílias são capazes e, frequentemente estão dispostas à mudança em prol do tratamento individual
- Os membros da equipa necessitam de estar bem treinados e preparados para trabalharem com as famílias.

(Patterson & Clapp, 2004)

8.3 Confidencialidade

Quando o trabalho é com mais do que um membro da família, os técnicos frequentemente deparam-se com o dilema da quebra da confidencialidade. A prática inclusiva da família apoia-se nos direitos de todos a um serviço confidencial. Existe o direito do utente de decidir a quem revelar detalhes do seu tratamento.

Nenhuma informação deverá ser cedida a outros sem que haja autorização explícita do utente (recomenda-se que esta seja por escrito).

De seguida passaremos para as considerações clínicas:

- Discutir os limites da confidencialidade clínica (tal como, proteção da criança e automutilação);
- Desenvolver formulários de “divulgação de informações” que especifiquem quais os dados que podem ser divulgados;
- Estabelecer guias de orientação de confidencialidade com todas as partes envolvidas;
- Discutir com os utentes quais as informações que poderão ser gravadas para o registo clínico.

8.4 “Nível de compromisso”

Patterson e Clapp (2004) descreveram diferentes “níveis de compromisso” no trabalho com famílias, de acordo com a sua capacidade para lidarem e de se envolverem com os consumidores de canábis.

Nível 1: considerar as famílias aquando do trabalho com os consumidores

No contacto inicial, os técnicos podem questionar os consumidores quanto à família ou outros indivíduos significantes.

Os exemplos podem incluir:

“Quem são as pessoas importantes atualmente na sua vida?”

“Como é que eles funcionam como seu suporte?”

“Eles têm conhecimento de que se encontra integrado neste serviço?”

“Gostaria que estes fossem envolvidos no processo e de que forma?”

No desenrolar do trabalho com o utente e de forma a manter o conceito de família vivo em todos, o papel do terapeuta é estar atento a quaisquer mudanças nas circunstâncias ou na intensidade de apoio, que possam ocorrer. Os genogramas (representações esquemáticas das relações familiares) podem apoiar os técnicos na exploração e concetualização das relações familiares e potenciais alianças.

Nível 2: apoio telefónico às famílias

O apoio telefónico geralmente implica o fornecimento de informação e o suporte aos elementos da família. É diferente do aconselhamento telefónico pois geralmente implica um só contacto com o utente e foca-se mais no fornecer de informação do que num apoio terapêutico.

Os familiares podem receber:

- Validação das preocupações;
- Informação acerca dos sintomas de abstinência e o que devem esperar;
- Informação acerca dos tratamentos disponíveis para a dependência da canábis;
- Informações de referência;
- Intervenção em crise;
- Resolução de problemas.

Nível 3: referência das famílias para outros serviços de apoio

As instituições ou técnicos que proponham referências devem manter uma lista de instituições atualizada na área de intervenção. Os serviços podem incluir grupos de suporte, serviços de saúde comunitários, serviços de apoio às famílias e parceiros na área dos profissionais de saúde.

Neste tipo de intervenções, recomenda-se que:

- Qualquer base de dados deve ser atualizada a cada seis meses;
- Deve-se manter o contacto direto com outros serviços e profissionais com vista a reunir informação acerca dos diversos processos; critérios de referência, o tipo de serviços que oferecem, a duração do tratamento e os custos do tratamento;
- A realização de uma referência efetiva inclui: convocar os familiares com o objetivo de se perceber se fizeram contactos com serviços ou apoiá-los para que o façam.

Nível 4: construção de grupos de apoio orientados para o trabalho com as famílias

Se o terapeuta ou a instituição tiver a possibilidade, deverá facilitar a criação de grupos de apoio a famílias como fóruns para providenciar o acesso à informação acerca da canábis e seus efeitos. Os grupos são geralmente desenvolvidos e facilitados por técnicos experientes que apresentam competências para a gestão das complexidades nos grupos. Estes diferem dos grupos de autoajuda uma vez que são limitados no tempo, os participantes são registados como utentes e a instituição tem a responsabilidade da facilitação dos mesmos.

Os grupos de apoio podem providenciar suporte e segurança aos membros no sentido da normalização das reações, diminuição dos sentimentos de isolamento, aumento das competências relacionais com o

consumidor. Estes providenciam um fórum no qual os familiares podem colocar questões e receber respostas, participarem em experiências e cada um dos elementos da família pode aprender com os outros os recursos e suportes disponíveis na comunidade mais ampla.

Nível 5: sessão única de terapia familiar

É uma consulta que tem como objetivo potencializar os recursos mais adequados e avaliar a motivação para a mudança por parte dos utentes, com base nos princípios da terapia familiar e das intervenções breves. Esta sessão pode incluir o consumidor e os familiares ou pode ser realizada com um único membro da família.

Os técnicos interessados são encorajados a realizarem treinamentos para sessões únicas de terapia familiar.

As sessões únicas têm três fases distintas:

1. Admissão: os elementos da família preenchem o questionário de entrada que visa avaliar as suas perspectivas acerca do problema; existência de recursos ou pontos fortes; e, mudança que já tenha ocorrido.
2. Sessão de aconselhamento: esta sessão deve incluir o estabelecimento de um contexto; encontrar um foco; investigar tentativas de solução; investigar restrições, refletir, fornecer feedback ao utente; abordar questões de última hora; avaliar a comunicação na família e suas dinâmicas familiares; e, discussão acerca dos passos seguintes.
3. Follow-up: a família é seguida através de carta ou telefone cerca de três semanas depois da sessão. Outra sessão única poderá ser agendada, ou os processos poderão ser arquivados se nenhuma outra intervenção for necessária.

Copello e colegas (2009), apontam ainda que o trabalho com consumidores e as famílias têm conduzido a resultados positivos na relação com a substância. Estes esboçaram uma intervenção breve para famílias, contemplando cinco etapas, que se pode desenrolar numa sessão única.

Passo 1: escuta empática acerca das preocupações dos elementos da família.

Passo 2: providenciar informação / educação acerca do abuso de substâncias.

Passo 3: discussão acerca das formas de resposta dos familiares ao consumo e aos comportamentos associados a este.

Passo 4: exploração de fontes de suporte para a família.

Passo 5: se necessário, providenciar outras formas de ajuda.

Nível 6: providenciar aconselhamento (individual ou de grupo) às famílias

O aconselhamento com famílias pode incluir sessões conjuntas ou separadas para os familiares, situação decidida pelo utente e pela família antes do início. Os utentes com problemas relacionados com o consumo de substâncias apresentam vivências complexas que podem passar pela alienação familiar ou social. Lidar com estas problemáticas isoladamente pode ser extremamente difícil. Os familiares podem ser convocados para passarem para a “equipa” do consumidor de forma a atuarem como parte da solução. Não existem estudos que apontem a escolha de um tipo de terapia em detrimento de outra. Os três tipos de terapia familiar que demonstraram maiores evidências científicas são a terapia familiar funcional (Waldron et al., 2001), a terapia familiar multidimensional (MDFT) (Liddle et al., 2001) e a terapia multissistémica (Henggeler et al., 2002).

A *Terapia familiar funcional* mostrou ser eficaz com consumidores de alto risco e jovens sinalizados pelo sistema judicial. É um programa altamente estruturado constituindo-se em diferentes fases. Cada fase incluiu objetivos específicos, focos de avaliação, técnicas específicas de intervenção e as competências do terapeuta necessárias para o sucesso. Tem como objetivo primeiro o desenvolvimento dos pontos fortes dos elementos da família e a capacidade de serem capazes de melhorarem a sua situação. Isto permite à família uma base para a mudança e para o funcionamento futuro que se estende para além do apoio direto do terapeuta e de outros sistemas sociais.

A *Terapia familiar multidimensional* (MDFT) é uma abordagem familiar desenvolvida para adolescentes consumidores de substâncias, com problemas de comportamento e para a prevenção precoce dos consumos. O objetivo é uma redução significativa ou eliminação dos consumos dos adolescentes e outros comportamentos problemáticos e o aumento do funcionamento global da família. MDFT é reconhecida internacionalmente como uma das abordagens mais eficazes no trabalho com adolescentes consumidores de substâncias (e.g. Brannigan et al., 2004; Rigter, Gageldonk & Ketelaars, 2005). Dois grandes ensaios aleatórios suportam cientificamente a eficácia desta abordagem na redução do uso de canábis. O primeiro, compara a abordagem MDFT num grupo terapêutico de adolescentes, com uma intervenção educacional multifamiliar (Liddle et al., 2001); o segundo, numa amostra de cerca de adolescentes dependentes de canábis, compara a eficácia da MDFT com Adolescent Community Reinforcement Approach e um leque de outras intervenções, incluindo a MET/CBT e reforço comunitário (Dennis et al., 2002). Os resultados do primeiro ensaio demonstraram progressos junto dos jovens em todos os tratamentos e com MDFT foi ainda mais evidente o progresso tanto em relação ao consumo de substâncias (primeiramente canábis) como ao funcionamento psicossocial mais genericamente, incluindo função familiar e desempenho escolar. Os resultados positivos sugerem que a MDFT poderá ser particularmente útil para jovens com problemas de comportamento associados. Em segundo lugar, todos os grupos de tratamento mostraram melhorias e a MDFT não foi considerada como sendo o tratamento com maiores custos.

Mais informações disponíveis: Howard A. Liddle (2002), *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users* (Cannabis Youth Treatment Series vol.5), Rockville, MD: SAMHSA. (<http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productdetails.aspx?Productid=15872>)

A *Terapia Multissistémica* (MST) tem por base uma abordagem compreensiva às dificuldades dos adolescentes, e envolve o jovem e a sua família, pares, escola e comunidade. A MST permite uma ampla aplicação e foi usada para o tratamento criminosos, crónicos e violentos; abuso de substâncias; ofensas sexuais; urgências psiquiátricas (por exemplo, homicídio, suicídio, psicoses); maus-tratos infantis; problemas graves de saúde, como pouca capacidade de controlo de diabetes Tipo I e HIV. O seguimento realizado quatro anos depois (n=118) um estudo aleatório que compara a MST com os serviços comunitários habituais, demonstrou que os autorrelatos acerca do uso de canábis não diferiam entre grupos, mas biologicamente confirmaram que a abstinência no grupo de MST era significativamente maior (55% vs 28%) (Henggeler et al., 2002). Não é sugerido que todos os técnicos tenham treino nestes modelos mas os que estejam interessados na terapia familiar poderão procurar treino específico.

8.5 Sumário

Recomendações	Evidência
Os técnicos com formação e recursos para realizarem intervenções familiares devem fazê-lo, sempre que estas sejam adequadas às circunstâncias dos utentes	A
As famílias, sempre que possível, devem ser envolvidas nos planos de tratamento já que também são afetadas pelos consumos dos utentes	B

8.6 Referências

Brannigan, R., Schackman, B.R., Falco, M., & Millman, R.B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 904–909.

Copello, A., Templeton, L., Velleman, R., Orford, J., Patel, A., Moore, L., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two primary-care brief interventions for family members affected by the addictive problem of a close relative: A randomised trial. *Addiction* 104, 49–58.

Dennis, M., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C.K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 97 Suppl 1, 16–34.

Frye, S., Dawe, S., Harnett, P., Kowalenko, S., & Harlen, M. (2008). *Supporting the families of young people with problematic drug use*. Canberra: Australian National Council on Drugs.

Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7), 868–874.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 27(4), 651–688.

Liddle, H.A. (2002). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users*. Cannabis Youth Treatment Series vol. 5. Rockville, MD: SAMHSA. Available online: <http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productdetails.aspx?Productid=15872>

Patterson, J. & Clapp, C. (2004). *Working with families*. Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians no. 11. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.

Rigter, H., Van Gageldonk, A. & Ketelaars, T. (2005). *Treatment and other interventions targeting drug use and addiction: State of the art 2004*. Utrecht, the Netherlands: National Drug Monitor.

Waldron, H.B., Slesnick, N., Turner, C.W., Brody, J.L., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 802–813.

CAPÍTULO 9. Intervenção psicoeducativa e suporte social

9.1. Introdução

A abordagem psicoeducativa é uma forma específica de educação que pretende ajudar os consumidores com problemas relacionados com o uso de canábis a perceberem de forma clara e concisa um leque de questões associadas a esta problemática. A intervenção psicoeducativa e os materiais de autoajuda (ex.:

livros, panfletos informativos, programas de computador) têm sido coadjuvantes na intervenção face-a-face, mas também como intervenções próprias, desde os anos 70 (Finfgeld, 2000). A intervenção psicoeducativa deve ser realizada de forma consistente com os princípios da Entrevista Motivacional (MI), os quais assumem que o consumidor consegue fazer melhores escolhas quando possui conhecimento adequado, autoconsciência e competências de tomada de decisão. A investigação mostra que quanto mais as pessoas estão cientes da sua condição e de como esta afeta a sua própria vida e a dos outros, maior controle têm sobre essa condição (Licoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007).

A educação pode ser realizada com ou sem contacto pessoal, e em contexto individual ou de grupo. Um dos elementos chave é o de relacionar a informação com a experiência do consumidor. A intervenção psicoeducativa fornece uma oportunidade para o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica e empática às histórias de uso de canábis do consumidor em questão. Pode proporcionar a troca pessoal de experiências e estimular a esperança e a tranquilidade do consumidor. A intervenção psicoeducativa reforça a informação que o consumidor recebe do seu médico de família, psicólogo psiquiatra ou conselheiro; educa o consumidor e valoriza o tratamento e a terapia.

Os técnicos de saúde devem realizar a intervenção psicoeducativa de forma atempada e estratégica, de maneira a maximizar os efeitos positivos no comportamento. Idealmente, a família e os cuidadores do consumidor também são envolvidos nesta intervenção.

9.2. Objetivos da intervenção psicoeducativa

Existem diferentes objetivos na intervenção psicoeducativa. Está comprovado que a intervenção psicoeducativa para a ação apresenta os melhores resultados. Ver quadro abaixo:

Quadro 17: Sumário das opções psicoeducativas

Objetivos da intervenção psicoeducativa	Exemplos
Intervenção psicoeducativa para o conhecimento	O desejo de consumir surge como ondas. O tempo entre os desejos aumenta à medida que o número de dias sem usar também aumenta
Intervenção psicoeducativa para o conhecimento útil	A falta de sono pode ser um risco na recaída
Intervenção psicoeducativa para a ação	Reduza a ansiedade através de técnicas de respiração

Recomenda-se que a intervenção psicoeducativa seja realizada de forma consistente com os princípios da Entrevista Motivacional (MI), segundo o seguinte formato:

- Promover a compreensão do consumidor sobre a sua atual condição/tratamento, discutir as suas preocupações, tais como, mitos, medos e crenças, identificar recursos e forças na perspetiva da mudança
- Pedir autorização para fornecer informação adicional

- Fornecer informação
- Explorar um novo entendimento, com base no material fornecido

A intervenção psicoeducativa é mais do que providenciar brochuras e panfletos, especialmente nos consumidores com comorbidade psicológica. O efeito da doença mental e dos consumos de substâncias nas esferas cognitiva, motivacional e do funcionamento da atenção requer que os técnicos sejam altamente flexíveis e, por vezes, criativos na apresentação da informação a fornecer (Carey et al, 2000).

A intervenção psicoeducativa é um processo contínuo, com informações específicas e relevantes a transmitir em momentos diferentes ao longo do decurso do tratamento/recuperação.

Os materiais da intervenção psicoeducativa devem ser apelativos, e para tal, devem idealmente:

- Ser precisos – incluindo aquilo que também NÃO sabemos!;
- Ser multimodal, prender a atenção do destinatário usando diferentes modalidades de aprendizagem, especialmente nos adultos que estão em processo de aprendizagem;
- Usar referências culturalmente populares, quando apropriado;
- Utilizar histórias de consumidores;
- Adequarem-se ao género, idade e nível de escolaridade, e apresentar os materiais de forma inovadora e em formatos interessantes (ex. bom layout, com fontes atrativas e de fácil leitura, gráficos e imagens interessantes e coloridas);
- Serem positivos no tom e na apresentação visual - os utilizadores não são tão atraídos para sinais de “stop” e indicações de “não”;
- Serem realistas e honestos – os consumidores irão descartar informação que considerem exagerada
- Repetir mensagens – tal como nas mensagens promocionais eficazes;
- Selecionar os exemplos mais relevantes para o consumidor;
- Considerar os interesses do consumidor e criar uma oportunidade para que conte a sua própria história

9.3. Estádios da intervenção psicoeducativa

Envolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento sobre o uso e dependência de canábis, e, se relevante, sobre saúde mental • Fornecer informação relevante sobre os efeitos da canábis • Evitar sobrecarregar os consumidores
---------------------	---

Persuasão	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação sobre doença mental e canábis • Usar métodos de aprendizagem interativos
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação focada nos objetivos do consumidor • Usar métodos de aprendizagem interativos
Prevenção da recaída	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar informação relacionada com a saúde, bem-estar e mudanças de estilo de vida • Ajudar os consumidores a saber como procurar informação por si próprios

Os materiais de autoajuda são muito importantes como complemento às intervenções e ao tratamento, visto poderem chegar a populações que não têm acesso às intervenções ou que geralmente não recebem tratamento. Devem ser bem distribuídos entre os consumidores de canábis e acessíveis aos não-falantes de inglês e às pessoas com dificuldades de leitura. Abaixo, encontra-se uma lista de recursos disponíveis sobre a canábis. (Note que, na maioria dos materiais realizou-se a revisão pelos pares ou recolheu-se o feedback dos consumidores, mas os seus efeitos não foram avaliados ao nível dos comportamentos de consumos de canábis nem dos resultados do tratamento). Antes de decidir quais os panfletos mais indicados para os seus utentes, considere a idade e capacidade de leitura. Alguns dos materiais resultam melhor quando trabalhados em conjunto com o técnico.

9.4. Guia de recursos

A seguinte listagem é um guia sobre alguns dos materiais psicoeducativos disponíveis para a canábis. A maioria dos recursos foram desenvolvidos na Austrália e encontram-se disponíveis para download ou encomenda no *website* indicado:

Quadro 18: Guia de recursos

Recurso	Descrição e link
<i>What's the deal</i> x 4	Uma série de guias de fácil leitura com indicações passo-a-passo, que incluem informação sobre como deixar de usar canábis e informação dirigida a jovens e a pais <i>What's the deal on quitting? A do-it-yourself guide for cannabis users</i> <i>What's the deal on quitting? Cannabis facts for parents</i> <i>What's the deal on quitting? Cannabis facts for young people</i> <i>What's the deal on quitting? Talking with a young person about cannabis</i> http://ncpic.org.au :
<i>Mulling it over</i>	Informação sobre saúde para pessoas que usam canábis

	http://www.mdecc.org.au/resources.htm
<i>Trimming the grass</i>	http://www.mdecc.org.au/resources.htm
<i>Fast facts on cannabis and mental health</i>	http://ncpic.org.au :
<i>Fast facts on cannabis</i>	http://ncpic.org.au :
<i>The mix (alcohol and cannabis)</i>	http://ndarc.med.unsw.edu.au/
<i>Cannabis: facts for teens</i>	Brochuras educativas sobre canábis publicadas pelo NIDA http://ncadistore.samhsa.gov/catalogNIDA/
<i>Cannabis: facts parents need to know</i>	Brochuras educativas sobre canábis publicadas pelo NIDA, disponíveis em inglês e castelhano http://www.drugabuse.gov/MarijBroch/MarijIntro.html
<i>A guide to cutting down and stopping cannabis</i>	Panfleto de 11 páginas http://www.knowcannabis.org.uk
<i>Cannabis and your body (leaflet)</i>	http://www.adf.org.au/store/article.asp?ContentID=Canabisandbody753
Outros	Possibilidade de fazer download de exercícios acerca de canábis www.ncpic.org.au <i>What is cannabis?</i> <i>Cannabis and the law</i> <i>Cannabis and mental health</i> <i>Cannabis potency</i> <i>Cannabis and driving</i> <i>Cannabis and dependence</i> <i>Cannabis and prescribed medications</i> <i>Cannabis and aggression</i> <i>Cannabis and motivation</i> <i>Cannabis and tobacco use</i> <i>Cannabis in the workplace</i> <i>Cannabis use and reproduction</i> <i>Looking after a friend on cannabis</i> <i>Mixing cannabis and alcohol</i> <i>People at risk of developing problems with their cannabis use</i> <i>Cannabis and young people</i> <i>Cannabinoids and appetite</i> <i>Cannabinoids</i> <i>Cannabis contamination</i>

9.5. Auto-gestão da mudança

A maioria das pessoas que têm problemas com álcool ou com o uso de outras substâncias conseguem a abstinência ou a gestão do consumo sem recorrer a tratamento. Atualmente existem vários materiais específicos disponíveis: psicoeducativos ou para intervenção breve, que podem ser recolhidos *online*, mas apenas alguns foram rigorosamente avaliados. No quadro abaixo encontra-se uma listagem de links de exemplos de psicoeducação, online, utilizados por técnicos de saúde.

Quadro 19: Sites psicoeducativos fundamentais

Site	Descrição
www.ncpic.org.au	Informação para profissionais de saúde, famílias e utilizadores

Turning Point – service de aconselhamento online http://www.counsellingonline.org.au/en/	O aconselhamento online é um serviço no qual podes comunicar com um profissional acerca de preocupações relacionadas com álcool ou outras drogas, usando textos interativos: Este serviço é acessível para qualquer um que procure ajuda, para si, para os seus familiares ou amigos, para os problemas relacionados com drogas. O aconselhamento online está disponível 24 horas por dia, 7 dias da semana, em toda a Austrália.
Know cannabis http://www.knowcannabis.org.uk	Este website pode ajudar-te na avaliação acerca do teu comportamento de uso de canábis, no impacto deste na tua vida e na forma como podes produzir mudanças.
E toké http://www.e-toke.com/info/index.php	A avaliação breve sobre de problemas específicos relacionados com a canábis e orienta-te quanto aos instrumento de avaliação desenhados para reduzir o uso da canábis dos estudantes do ensino secundário
Somazone www.somazone.com.au	Site desenvolvido por jovens e para jovens, que fornece de forma rápida, gratuita e anónima, informação sobre diversos assuntos relacionados com saúde em geral, uso de substâncias e álcool, imagem corporal, saúde mental, relações e sexualidade.

9.6. Rede social de apoio e grupos de auto-ajuda

Um grupo de autoajuda ou um grupo de ajuda-mútua tem como propósito providenciar apoio, ajuda prática e cuidado aos membros do grupo que partilham o mesmo problema. (Baldacchino & Rassool, 2006). Dois dos mais comuns grupos de autoajuda são os *Marijuana Anonymous* (MA) e o *SMART Recovery*. Apesar de não ter sido avaliada a eficácia destes grupos, eles constituem uma componente importante de apoio social para alguns consumidores e são bem aceites por estes.

[o manual dá informação sobre os contactos destes grupos e descreve os seus pressupostos e formas de atuação – não vertemos aqui esta descrição uma vez que os grupos não existem em Portugal, embora o programa de 12 passos decorra nas reuniões de NA, e é um recurso nacional idêntico ao MA australiano]

Marijuana Anonymous	http://livingaid.org/maa/
SMART Recovery	www.smartrecoveryaustralia.com.au

Marijuana Anonymous (MA) advém do Programa de 12 Passos baseado no programa de Alcoólicos Anónimos. MA é autossuficiente mantendo-se através da contribuição dos seus membros e não tem filiação com qualquer instituição ou organização religiosa ou secular. O seu principal propósito é a abstinência da marijuana (abordagem baseada na abstinência) e fornecer ajuda regular aos seus membros para a paragem dos consumos.

O Programa SMART Recovery 4-Point emprega uma variedade de instrumentos e técnicas da CBT para ajudar à mudança individual com vista a tornarem-se independentes dos comportamentos aditivos. Ao gerir as crenças e as emoções que os conduzem ao uso de álcool e drogas, os participantes são motivados para a utilização deste tipo de técnicas, conforme progridem no sentido de um estilo de vida saudável.

Os grupos são “abertos” pelo que os membros podem permanecer mais ou menos tempo, de acordo com o seu desejo. As sessões são uma oportunidade para os participantes discutirem dificuldades, desafios, desempenhos, sucessos e focarem-se em objetivos.

9.7. SUMÁRIO

Recomendações	Evidência
A intervenção psicoeducativa é um processo contínuo que envolve o fornecimento de material escrito ou oral sobre os danos associados com o uso de canábis, e deve ser oferecido a todos os consumidores	B
Os técnicos de saúde devem estar familiarizados com os materiais impressos e com os recursos existentes online	B
Os técnicos de saúde devem oferecer livros de auto ajuda e detalhes sobre os grupos de suporte e autoajuda bem como sobre as oportunidades terapêuticas	C

9.8. REFERÊNCIAS

Baldacchino, A. & Rassool, H. (2006). The self help movement in the addiction field revisited. *Journal of Addictions Nursing* 17, 47–52.

Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., Carey, M.P., & Simons, J.S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: Clinician’s perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 189–198.

Finfgeld, D.L. (2000). Therapeutic groups online: The good, the bad, and the unknown. *Issues in Mental Health Nursing* 21, 241–255.

Lincoln, T.M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psycho-education for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 96, 232–245.

CAPÍTULO 10. Tratar a saúde mental nos consumidores de canábis

Verifica-se uma maior proporção de doença mental junto de consumidores de canábis do que junto de não-consumidores; assim como se verifica uma proporção maior de consumos de canábis junto dos doentes mentais do que na população sem doença mental. Devido a esta associação, é provável que os utentes que procuram um determinado tipo de tratamento (doença mental ou problemas de uso de canábis), estejam numa situação de risco acima da média relativamente à outra desordem. Mesmo os profissionais de saúde mental mais experientes podem não conseguir reconhecer uma desordem de consumo concorrente com a doença mental avaliada. De forma semelhante, muitos técnicos que trabalham nas perturbações de consumo podem não conseguir reconhecer ou responder às desordens mentais concorrentes com o uso problemático de canábis. O reconhecimento precoce da existência de

ambas as desordens contribui para planejar um tratamento efetivo desta comorbidade, antes que qualquer uma das condições se estabeleça.

10.1. Considerações

Os clínicos devem ativamente e significativamente assistir a todas as pessoas com desordens concorrentes para que estas obtenham o tratamento apropriado dentro do sistema de serviços de saúde – designando-se esta abordagem de **“não há portas erradas”**. Os profissionais de saúde, de fora da área da saúde mental, podem necessitar de providenciar “a primeira ajuda psicológica” aos consumidores de canábis, o que pode incluir a monitorização da sua saúde mental, fornecendo apoio e assistência, encorajando o recurso ao apoio social e, em raras ocasiões, certificando-se sobre a própria segurança do utente.

Sempre que possível, os consumidores devem receber tratamento integrado para a concorrência entre a doença mental e os consumos de canábis. O tratamento integrado ocorre quando aos consumidores é prestado tratamento tanto para o uso de substâncias como para as perturbações mentais. Esta integração deve continuar para além do período agudo da intervenção e durante a recuperação, através de uma interação formal entre os profissionais. O tratamento integrado também ocorre quando técnicos de diferentes áreas de intervenção (por vezes, de instituições diferentes) trabalham conjuntamente na formulação de um plano de tratamento individual. Para além das intervenções em situações agudas, esta intervenção precisa de continuar ao longo do processo de recuperação, através de uma interação formal (Mueser, Birchwood & Copello, 2002).

10.2. Problemas de saúde mental associados à canábis

10.2.1. Canábis, Psicose e esquizofrenia

Um estudo de meta-análise que avaliou a relação entre a canábis e a psicose encontrou 7 estudos altamente relevantes (Moore et al, 2007). Os resultados consistentemente demonstraram que o uso de canábis faz aumentar o risco de desenvolvimento de psicose. O conjunto de dados analisados revela que nas pessoas que usaram canábis alguma vez, o risco de psicose aumentava 40%. Também foram evidenciados resultados da relação entre dose-resposta, entre uma frequência alta de consumo de canábis e o risco de psicose. Para consumidores abusivos de canábis, o risco aumenta entre 50%-200%. Com base nestes dados, Moore sugeriu que cerca de 14% dos episódios psicóticos de jovens adultos do UK não teriam ocorrido se não fosse usada canábis. Estudos nacionais dos USA, Austrália e Holanda denotam que as taxas de uso de canábis em pessoas com esquizofrenia são aproximadamente o dobro da população em geral (Arseneault et al., 2004). Se, de modo grosseiro, o uso de canábis duplica o risco de psicose; o risco absoluto é pequeno – situando-se entre 7-14 casos *per 1000* (Saha et al., 2005).

Ainda prevalecem dúvidas sobre se o uso de canábis é suficiente para causar esquizofrenia, doença que de outra forma não se manifestaria na ausência de consumos, visto que as taxas de esquizofrenia parecem estar a estabilizar ou a diminuir, apesar do aumento do consumo de canábis nas últimas décadas. A

canábis pode ser considerada “um fator causal cumulativo”, que atua em sinergia com outros fatores (quer genéticos quer ambientais precoces, que são conhecidos como fatores de risco para a esquizofrenia, como as complicações obstétricas) para a manifestação da esquizofrenia. Um estudo que procurou os fundamentos biológicos, identificou um gene particular (conhecido como COMT Val 158Met) que pode estar implicado na relação entre o uso de canábis e a psicose (Caspi et al., 2005). Mas, este estudo ainda não foi replicado.

Estudos recentes, clínicos e de populações (Moore et al., 2007; Raphael et al., 2005; Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001; Arseneault et al., 2004a; D’Souza et al., 2008; Fergusson, Horwood & Swain-Campbell, 2003) podem ser sumariados da seguinte maneira:

- um determinado número de estudos longitudinais bem-desenhados descobriram que o uso de canábis de adolescentes estava associado com um provável aumento de sintomas psicóticos
- há evidência consistente, de vários grandes estudos longitudinais e bem-desenhados, de que a canábis precipita sintomatologia psicótica e de esquizofrenia, em pessoas que são vulneráveis, devido a história pessoal ou familiar de esquizofrenia
- ainda assim, as taxas de esquizofrenia parecem estar a estabilizar ou mesmo a diminuir, apesar do substancial aumento do uso de canábis
- a canábis pode agir em sinergia com fatores genéticos ou ambientais, resultando na manifestação de sintomas psicóticos e/ou esquizofrenia
- um estudo identificou um gene que pode mediar a relação entre o uso de canábis e a esquizofrenia

Um excelente sumário pode ser encontrado em McLaren, Lemon, Robins, and Mattick’s (2008) Canábis and Mental Health: Put into Context, disponível em www.ncpic.org.au

10.2.2 Canábis e depressão

Os dados provenientes de uma análise recente do National Comorbidity Survey (NCS) deram indicação que um alto risco para a manifestação de depressão major está associado com consumo elevado de canábis (Chen et al., 2002). Igualmente, um estudo anterior referia que indivíduos com critério de abuso ou dependência de canábis do DSM IV-TR seriam 6.4 vezes mais propensos a assumir os critérios para depressão major do que os indivíduos sem esses critérios de abuso/dependência de canábis (Grant et al., 2005). Estas descobertas de elevadas taxas de depressão entre os consumidores de canábis têm sido verificadas entre numerosos estudos sobre a população jovem (Rey et al., 2002) e jovem adulta (Patton et al., 2002), e em amostras longitudinais internacionais (Fergusson & Horwood, 1997; Angst, 1996). Uma relação dose-resposta foi percebida em 4 de 5 estudos, indicando que uma alta frequência de uso de canábis estava associada a um maior risco de depressão (Moore et al., 2007).

Há evidência crescente da existência de uma associação entre o uso de canábis e depressão que se encontra relacionada também com a dose; mas esta evidência é ainda insuficiente no estabelecimento desta ligação causal.

10.2.3. Canábis e ansiedade

Embora exista uma elevada taxa de desordens de ansiedade entre os consumidores de canábis, não há muita evidência de uma ligação causal, até à data (Moore et al., 2007). Apenas 2 de 7 estudos, revistos por Moore e pelos colegas, encontraram uma associação significativa entre o uso de canábis e ansiedade, independentemente do potencial mescla de variáveis. Devido à natureza complexa dos canabinóides, há evidência de que a canábis tanto pode provocar alívio ou criar ansiedade, dependendo da quantidade de THC e de CBD (Hall Solowij, 1998).

10.2.4. Dependência de canábis de longo termo; depressão e ansiedade

Os efeitos da canábis podem conduzir a sintomatologia de depressão ou ansiedade, após um período de consumo. Estes sintomas, normalmente terminam quando o processo de abandono da substância ocorre. No entanto, se os sintomas persistirem, o consumidor deve ser referenciado para uma avaliação psicológica específica. Para algumas pessoas com depressão ou ansiedade, o processo de abandono aumenta a sintomatologia destas desordens de humor e, por isso, a pessoa pode ficar mais propensa à recaída. Isto pode criar um efeito de carrossel de uso, redução, depressão ou ansiedade, e recaída no uso.

10.2.5. Canábis e suicídio

Um pequeno número de estudos encontrou uma relação entre o uso de canábis e suicídio entre jovens (ver Hillman et al., 2000, para uma revisão). Contudo, não é claro se este aumento do risco não é melhor explicado por outros fatores de risco. Nesta fase, os estudos conduzidos são muito heterogêneos, para que se possa fazer afirmações muito rigorosas sobre estas ligações.

10.2.6. Outras questões de saúde mental

Os problemas de comportamento nas crianças e no início da adolescência parecem estar associados com o início dos consumos de canábis e satisfazem os critérios para a desordem de uso de canábis de forma consistente com a hipótese da automedicação. Embora, esta associação seja mais o resultado de fatores comuns subjacentes que aumentam o risco para ambas as desordens (ex. impulsividade).

10.3. O rastreio do uso de canábis nos serviços de saúde mental

Os técnicos que realizam o rastreio do uso de canábis devem estar alerta para a possibilidade de o consumidor ter uma doença mental. Por esta razão, é importante realizar o rastreio e rever essa análise. Ver quadro com os exemplos dos instrumentos de rastreio no cap. 3

- todas as pessoas que receberam tratamento na área da saúde mental ou na área dos consumos de substâncias, devem ser rastreadas ou avaliadas para outra desordem concorrente
- o rastreio de rotina é um método eficiente para os serviços aumentarem o reconhecimento de desordens concorrentes. No entanto, o rastreio pode não ser necessário quando a avaliação compreensiva do “duplo diagnóstico” é realizada por rotina (avaliação ao nível da saúde mental e ao nível do uso de álcool e outras SPA’s)
- o rastreio e/ou a avaliação de uma desordem concorrente deve ocorrer aquando do primeiro contacto com a pessoa ou em tempo próximo
- o rastreio ou a avaliação não deve acontecer quando a pessoa está intoxicada, perturbada, com dor, a necessitar de tratamento de emergência ou em crise psicótica
- aos mais jovens deve-se realizar sempre, em cada contacto, algum tipo de avaliação de uma desordem concorrente

Quadro 20 : Instrumentos validados para a identificação do uso de canábis

Instrumentos	Utilizado em populações com problemas de saúde mental
ASSIST - WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (WHO ASSIST Working Group 2002)	Instrumento de rastreio desenvolvido pela OMS para ser utilizado nos serviços de cuidados primários e nos diferentes espaços de saúde generalistas a nível mundial; as questões de triagem são respondidas em 10m pela maioria dos indivíduos
SDS Severity of Dependence Scale (Gossop et al., 1995)	A SDS também tem-se verificado fiável nos doentes mentais
Modified Simple Screening	O MSSA é uma versão ligeiramente modificada do SSI-SA e pode ser auto-administrado ou administrado em entrevista em cerca de 10m ou menos O teste revela bons parâmetros psicométricos e muito boa sensibilidade, especificidade e rigor
Urine Drug Screen	Os testes de urina podem ser usados para confirmação do uso da substância ou como resultado de uma intervenção

ATENÇÃO:

Note-se que instrumentos como a SDS podem apresentar cotações baixas para consumidores com doença mental, refletindo a possibilidade destes experienciarem menos problemas com o uso de canábis, do que outros consumidores

10.4. Avaliação e tratamento para o uso da canábis nos serviços de saúde mental

Devido à grande prevalência de problemas de saúde mental nos consumidores de canábis, é importante que a avaliação do uso faça parte dos procedimentos de rotina da avaliação. A linguagem utilizada na avaliação deve ser compreensível, deve transmitir confiança e ser contextualizada numa abordagem colaborativa. As seguintes recomendações clínicas destinam-se à avaliação e ao tratamento de consumidores de canábis com doença mental:

- todas as pessoas com doença mental que se apresentam nos cuidados primários de saúde ou em serviços de saúde mental especializados, devem ser rastreadas para o consumo de canábis e de outras substâncias, incluindo tabaco
- os técnicos devem estar alerta para a possibilidade de uso de canábis de todos os utentes com doença mental, e não só para aqueles com psicose
- devido à grande prevalência de consumos de canábis nos serviços de doença mental, é importante que o uso de canábis seja avaliado de forma compreensiva, como parte dos procedimentos normais de avaliação global
- pode ser útil recorrer a uma abordagem escalonada, desde as intervenções breves a intervenções mais intensas, que siga as orientações desenvolvidas por Hides et al. (2006)
- para além destes aspetos, uma associação bem estabelecida nos indivíduos com psicose, entre o uso de canábis e os sintomas de recaída, (Linszen et al., 1994; Gleeson, 2004), evidencia a necessidade de realizar a monitorização contínua do uso de canábis e da sintomatologia psicótica, no sentido de detetar lapsos e ajudar a prevenir a recaída, nesta população vulnerável

Feedback

O feedback fornecido a indivíduos com psicose é útil no sentido de reforçar a dificuldade da história pessoal do utente, e permitir a cada um corrigir os seus *erros* (Prochaska et al., 1993). O *feedback* gráfico, tal como uma simples escada ou um gráfico de barras, que compara o uso do utente com o de outros da sua faixa etária ou mesmo da população em geral, permite aos utentes reverem e assimilarem a informação ao longo da sessão.

O *feedback* pode sumariar um conjunto de dados sobre as questões práticas do uso de canábis, tais como, o tempo e o custo despendido na procura da substância, usar e estar intoxicado com canábis, bem como, a relação entre o uso e os padrões de recaída. O *feedback* assume também a capacidade de empoderamento do utente (ver materiais do cap. 12).

Tratamento

O uso de canábis tem coexistido com um leque de sintomas e desordens da saúde mental (uma concorrência designada de comorbilidade, daqui em diante). Inquéritos epidemiológicos de larga escala apresentam altos rácios de desordens psicóticas, afetivas, de ansiedade e de comportamento, entre os indivíduos com desordens de consumo de substâncias, relativamente à população em geral (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001; Farrell et al., 2001; Merikangas et al., 1998). A maioria dos indivíduos vistos nos serviços públicos de saúde mental manifesta psicose (incluindo esquizofrenia), desordem bipolar ou perturbação severa da personalidade, especialmente, desordem de personalidade *borderline*. No entanto, verifica-se uma escassez de estudos sobre este assunto, mas

têm ocorrido diversas tentativas de desenvolvimento de tratamento de canábis para estas condições (Edward et al., 2006; Barrowclough et al., 2001; Baker et al., 2006; Kavanagh et al., 2002). Estudos australianos recentes indicam que o uso de canábis nos indivíduos com psicose é significativamente maior, comparativamente a outros estudos internacionais sobre a população psicótica (Wade et al., 2006; Wade et al., 2007; Hinton, Edwards & Elkins, 2008). Ver o quadro 21 para as fases e estratégias de tratamento.

Os estudos sugerem que o uso de canábis entre pessoas com desordens mentais severas é passível de tratamento.

- como intervenção mínima, deve ser fornecido aconselhamento sobre o abandono do consumo ou sobre a sua redução e sobre os seus efeitos ao nível da saúde mental e da sua sintomatologia, na perspetiva da Entrevista Motivacional (MI)
- o tratamento da situação decorre como descrito no Capítulo 6, mas inclui MET/CBT, que integram as questões de saúde mental relacionadas com o uso de canábis
- o tratamento do consumo de canábis numa população de doentes mentais resulta e os estudos demonstram que pode atingir-se uma redução do consumo entre 30-50% e média (Wade et al., 2006; Johnsson et al., 2004; Addington & Addington, 2001)
- quanto mais cedo se iniciar o tratamento, melhores serão os resultados
- a planificação da alta deve incluir a monitorização contínua do uso de canábis e, potencialmente, realizar a referenciação aos serviços de álcool e de outras SPA's
- deve ser considerado o papel que o uso de canábis pode ter na vida de uma pessoa com psicose, especialmente nos casos em que se verificam muitos incentivos à manutenção do consumo após a recuperação

Quadro 21: Fases e estratégias de tratamento nas questões de saúde mental

Fases	Objetivos	Estratégias clínicas
1: Entrada	<p>Empenhar-se</p> <p>Comprometer-se com o tratamento</p> <p>Levantar a questão do uso problemático de canábis</p>	<p>Formulação do caso</p> <p>Feedback da avaliação</p> <p>Exploração de um modelo de explicitação do diagnóstico de saúde mental</p> <p>Exploração das possibilidades da interação entre o consumo de canábis e o diagnóstico</p> <p>Exploração da preparação para a mudança do consumo de canábis</p> <p>Intervenção psicoeducativa: explorar e identificar as barreiras à resolução do problema nos atendimentos futuros</p>
2: Compromisso	Estabelecer o objetivo de reduzir ou não, o uso de canábis	<p>Intervenção Motivacional (MI)</p> <p>Redução de Riscos</p>

		Intervenção psicoeducativa sobre a canábis e os problemas de saúde mental
3: Estabelecimento de metas	Reforçar o compromisso para a mudança Estabelecer um objetivo de redução do consumo que pode incluir a abstinência Desenvolver estratégias de concretização dos objetivos	Revisitar MI Estabelecer objetivos Intervenção psicoeducativa
4: Desafios	Desenvolver uma aproximação a todos os potenciais desafios aos objetivos de redução do consumo de canábis	Aconselhamento sobre a sintomatologia de abstinência Resolução de problemas Prevenção da recaída Intervenção psicoeducativa
5: Prevenção da recaída	Avaliar os fatores que são de “recompensas” de reforço dos resultados a curto-prazo e da manutenção a longo-prazo da redução ou do abandono de canábis Considerar as mudanças positivas do estilo de vida que suportam os objetivos relativos ao uso de canábis	Prevenção da recaída Competências de recusa de canábis Gestão do tempo Intervenção psicoeducativa
6: Manutenção	Manutenção da motivação para o compromisso de redução/abandono do uso de canábis Considerar continuamente as mudanças positivas do estilo de vida que suportam os objetivos relativos ao uso de canábis	Prevenção da recaída Competências de coping Gestão do tempo Revisitar MI Reforçar a intervenção psicoeducativa
Saída	Conclusão do processo de acompanhamento	Assegurar que o utente pode sempre retomar se quiser, e com acordo mútuo, ou pode ser referenciado a outro técnico/serviço

Psicoses

Nas situações de psicose precoce, deve ser tomada em consideração a idade e o estágio desenvolvimental do utente, incluindo a idade dos primeiros sintomas. Pode ser necessário apoio ao nível do desenvolvimento de competências básicas (isto é, resolução de problemas), uma vez que o desenvolvimento normal destas competências poderá ter sido posto em causa ou interrompido com o aparecimento dos sintomas psicóticos e/ou com o uso de longo-prazo de canábis.

Deve ser tomado em atenção o papel e a influência da família do utente e dos seus círculos sociais e das suas atitudes para com o uso de canábis e de outras substâncias. Tal como com outros utilizadores de substâncias, podem verificar-se níveis elevados de aceitação do uso de canábis no seio da família. O baixo insight é comum para ambas as desordens; e os utentes podem necessitar de tempo para perceberem a sua necessidade de tratamento para cada condição. Assim, os técnicos devem fornecer regularmente feedback sobre a sua re-avaliação relativa ao uso de substâncias, preparação para a mudança e estado mental, observando-se uma imagem clínica complexa e em fluxo constante.

Deve-se considerar que os utentes que experienciam a psicose enfrentam várias perdas e que podem também considerar que o abandono do consumo de canábis é também uma nova perda. Alterar o padrão de uso de canábis pode representar uma perda de prazer, de atividade social, ou de uma rotina, e o

regresso ao consumo pode ser um regresso às atividades usuais. A compreensão destas situações por parte do técnico pode ajudar no estabelecimento da adesão aos objetivos da mudança.

É também importante explorar as dificuldades cognitivas que pode surgir com o uso abusivo de canábis, no decurso da doença e com o uso da medicação, e adaptar as intervenções a estas circunstâncias. O tratamento oferece uma janela de oportunidade pelo que deve ser assertiva e precocemente apresentado.

ATENÇÃO:

Os sintomas de doença mental podem complicar a desabitação e podem conduzir à sobre medicação para a gestão do sintoma. Também existem possibilidades de comorbilidade de dependência de nicotina entre os utentes com comorbilidade psiquiátrica.

Existe literatura bem sustentada que indica que o abandono do tabaco pode conduzir ao aumento dos níveis de medicação anti psicótica no sangue. A medicação deve ser cuidadosamente monitorizada durante a desabitação e a cessação do consumo. A redução das doses pode ser necessária se se tornarem evidentes efeitos secundários.

Intervenção psicoeducativa na comorbilidade

A intervenção psicoeducativa para pessoas com comorbilidade de doença mental e consumos de substâncias “é crítica, uma vez que existe ainda muito a aprender sobre saúde mental, consumos de substâncias e a interação entre ambas as situações” (Mueser et al., 2002). Os técnicos devem capacitar-se com conhecimento e aceder a informação sobre o leque de desordens que os consumidores de canábis podem apresentar e sobre os seus possíveis tratamentos. Provou-se que as abordagens psicoeducativas são altamente eficazes ao nível das desordens mentais. (Pekkala Merinder, 2002). Num estudo recente junto de jovens com consumos abusivos de canábis e episódio de primeiro surto psicótico, aqueles que frequentaram um programa de 10 sessões psicoeducativas, reduziram os seus consumos e mantiveram essa redução ao longo de 6 meses, de forma equivalente aqueles que integraram um programa baseado na Entrevista Motivacional e CBT (Edward et al., 2006). Encontra-se disponível um leque alargado de recursos que foram desenvolvidos para providenciar informação útil sobre canábis e saúde mental.

Quadro 22: Guia de recursos para a canábis e saúde mental

Recursos para profissionais	Link
<i>De volta à realidade (canábis e psicose)</i>	http://orygen.org.au/shoppingcategory.asp?CategoryId=21ISBN1-9207178-17-6
<i>Canábis e psicose: manual de tratamento para psicoses em fase inicial</i>	http://orygen.org.au/shoppingcategory.asp?CategoryId=20ISBN1920718028
<i>Prevenção da coexistência de problemas de saúde mental e consumo de canábis</i>	http://druginfo.adf.org.au/downloads/Prevention_Research_Quarterly/PRQ_07Nov_Prev_mental_health_sub_use.pdf
<i>O que é a coexistência de doença mental e abuso de substâncias?</i>	http://druginfo.adf.org.au/downloads/fact_sheets/FS_5.10_What_is_coexistent.pdf

Recursos para consumidores	Link
<i>Cannabis & psychosis fact sheet</i>	http://www.health.vic.gov.au/drugservices/downloads/canábis_psychosis

<i>Double trouble: Drugs and mental health</i>	http://www.adf.org.au/store/article.asp?Contentid=product_61211
<i>Canabis and mental health</i>	http://druginfo.adf.org.au/druginfo/fact_sheets/canabis_factsheets/canabis_mentalhealth.html
<i>Mind your head</i>	http://www.adf.org.au/store/article.asp?Contentid=Mindyourhead7551
<i>Your guide to: Mental health and alcohol and other drug problems</i>	http://www.adf.org.au/store/article.asp?Contentid=Yourguidetomentalh735
<i>What young people should know about mental illness and drug use</i>	http://druginfo.adf.org.au/druginfo/fact_sheets/mental_health_substance_use_factsheets/mental_health_substance_use_youngpeople.html

10.5. Sintomas de saúde mental em serviços para o álcool e outras SPA's

Todos os especialistas em álcool e outras SPA's são incentivados a avaliar e intervir nas questões menos severas de saúde mental.

10.5.1. Rastreio

Após selecionar um único instrumento de rastreio (ver Quadro 23), os técnicos familiarizam-se com a sua aplicação e cotação. Devem também tomar em atenção que a sua validade pode ser afetada pelas circunstâncias em que é administrado, tais como, as crenças que o utente tem acerca da utilização da informação que fornece; a privacidade; a confiança e a relação terapêutica com o utente. É importante ser sensível à forma como as questões culturais podem influenciar as respostas às questões do rastreio, e saber que muitos instrumentos estão disponíveis noutras línguas, para além do inglês.

Deve existir um protocolo de avaliação para os utentes que são positivamente rastreados, o qual deve incluir um protocolo de resposta imediata para necessidades urgentes, identificadas no rastreio, tais como, pensamentos suicidas ou níveis de uso de substâncias que possam requerer atenção médica imediata.

Quadro 23: Instrumentos de identificação de sintomas de doença mental em consumidores de canábis

Instrumentos	Descrição
Kessler 10 (K10) or Kessler 6 (K6) (Kessler, 2003)	Discrimina casos, de não-casos, de doença mental grave Rastreia perturbação genérica nos últimos 30 dias Uma cotação de 13 ou superior indica doença mental grave Uma cotação entre 8-12 indica perturbação de humor com traços ansiogénicos, sem correspondência com diagnóstico de patologia severa
Mental Health Screening Form III (Carrol & McGinley, 2001)	Rastreio de 17 itens que examina a história de vida Inicialmente desenhado como um instrumento grosseiro Para utentes que procuram tratamento quanto ao abuso de substâncias O rastreio pode ser realizado em cerca de 15m (respostas positivas podem ser desenvolvidas por questões sobre a duração, intensidade e concorrência de sintomas. Um técnico de saúde mental qualificado deve determinar quais as necessidades seguintes de avaliação e quais as recomendações de tratamento)
The Psychosis Screener (Australian National Survey of	Rastreio de 7 itens

Mental Health and Well-Being) (Degenhardt et al., 2005)	
Modified MINI Screen (MMS) (Sheehan et al., 1997)	22 itens sim/não que rastreiam desordens de ansiedade e de humor, exposição ao trauma e PTSD, e psicoses não afetivas O MMS pode ser administrado entre 5 a 10m e cotado em menos de 5m
Para mais informação sobre rastreio de desordens concorrentes, ver: http://www.omh.state.ny.us/omhweb/resources/providers/co_occurring/adult_services/screening.html	

Após o rastreio, deve ser sempre fornecido feedback aos utentes sobre os resultados. Se o rastreio for positivo, é necessário realizar uma avaliação sobre o estado mental do utente. Se for negativo, devem ser discutidos os potenciais efeitos do uso de substâncias na saúde mental, e continuar a monitorizar tanto a saúde mental como o uso de substâncias.

10.5.2. Avaliação

- Uma avaliação compreensiva e fornecida por técnicos devidamente treinados deve ser garantida a todos os utentes identificados em rastreio com potencial comorbilidade. Os processos de rastreios são os mesmos descritos anteriormente
- Quando se trabalha em contextos de álcool e outras SPA's deve ser conhecido se a saúde mental do utente está a ser acompanhada por outro profissional
- Deve ser considerada a referenciação de utentes aos serviços de saúde mental naqueles com elevado risco ou em qualquer utente com psicose ou outra desordem de baixa prevalência, como anorexia, ou desordem obsessivo-compulsiva

10.5.3. Tratamento

- Sempre que possível, tentar conseguir cuidados integrados
- Se não for possível providenciar cuidados integrados, procurar adotar formas de comunicação e processos paralelos, o que inclui conhecimento sobre marcação de consultas e comparência, medicação prescrita, alterações no estado mental, etc
- Deve-se procurar desenvolver competências nas desordens comuns com o uso de canábis, como ansiedade e depressão
- As técnicas da intervenção motivacional são proeminentes no estabelecimento e na manutenção do compromisso/adesão
- A tarefa-chave é a de monitorizar situações de alto-risco, monitorizando o humor para a depressão, para o suicídio, etc
- A recaída em ambas as situações é comum, por isso, a prevenção da recaída, deve ser um traço proeminente dos planos de tratamento

- Se os sintomas não melhoram, pode ser necessário realizar uma segunda referenciação
- Pode ser benéfico os técnicos incluam aspetos sobre os cuidados em saúde mental na supervisão clínica
- Manter ligações entre as equipas de saúde mental e os médicos de família, quando apropriado
- Realizar referenciações para prescrição de medicação dirigida aos sintomas de saúde mental
- Os utentes suicidas devem ser sinalizados a especialistas

10.6. SUMÁRIO

Recomendações	Evidência
Devido às ligações entre o uso de canábis e a saúde mental, deve ser realizado rastreio para ambas as situações	A
Intervenções que incluem abordagens MET/CBT/PSICOEDUCATIVAS são efetivas para utentes com comorbilidade em saúde mental	A
Abordagens integradas devem ser providenciadas sempre que possível	B

10.7. REFERÊNCIAS

Addington, J. & Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25, 60–67.

Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: A longitudinal prospective study. *British Journal of Psychiatry* Suppl. 30, 31–37. **Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R.** (2004). Cannabis as a potential causal factor in schizophrenia. In D. Castle & R. Murray (eds.), *Marijuana and madness: Psychiatry and neurobiology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 101–118.

Baker, A., Bucci, S., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Constable, P.M, & Carr, V.J. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 188, 439–448.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 158(10), 1706–1713.

Carroll, J. & McGinley, J. (2001). A screening form for identifying mental health problems in alcohol/other drug dependent persons. *Alcoholism Treatment Quarterly* 19(4), 33–47.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., & Braithwaite, A. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry* 57, 1117–1127.

Chen, C.Y., Wagner, F.A. & Anthony, J.C. (2002). Cannabis use and the risk of major depressive episode: Epidemiological evidence from the National Comorbidity Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37, 199–206.

Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: A comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction* 96(11), 1603–1614.

Degenhardt, L., Hall, W., Korten, A., & Jablensky, A. (2005). *Use of a brief screening instrument for psychosis: Results of an ROC analysis*. NDARC Technical Report no. 210. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

D'Souza, D., Ranganathan, M., Braley, G., Gueorguieva, R., Zimolo, Z., Cooper, T., Perry, E., & Krystal, J. (2008). Blunted psychotomimetic and amnestic effects of Δ -9-tetrahydrocannabinol in frequent users of cannabis. *Neuropsychopharmacology* 33, 2505–2516. Available on line: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.npp.1301643>

Edwards, E., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P.D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis focused intervention for young people with first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114(2), 109–117.

Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylore, C., & Meltzer, H. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: Results of a national household survey. *British Journal of Psychiatry* 179, 432–437.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Swain-Campbell, N.R. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine* 33(1), 15–21.

Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 92(3), 279–296.

Gleeson, J.F. (2004). The first psychotic relapse: Understanding the risks, and opportunities for prevention. In J.F. Gleeson & P.D. McGorry (eds.), *Psychological intervention in early psychosis: A treatment handbook*. Chichester: Wiley.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90, 607–614.

Grant, B., Stinson, F., Hasin, D., Dawson, D., Chou, S., Ruan, W., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 66(10), 1205–1215.

Hall, W. & Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet* 352, 1611–1616. Hides, L., Dawe, S., Kavanagh, D.J., & Young, R.M. (2006). Psychotic symptom and cannabis relapse in recent-onset psychosis. *British Journal of Psychiatry* 189, 137–143.

Hillman, S., Silburn, S., Green A., & Zubrick, R. (2000). Youth suicide in Western Australia involving cannabis and other drugs: A literature review and research report. Perth: Western Australian Drug Abuse Strategy Office.

Hinton, M., Edwards, J. & Elkins, K. (2008). Problematic drug use in young people with first episode psychosis. In S. Allsop & B. Saunders (eds.), *Responding to co-occurring mental health and drug disorders*. London: IP Communications.

Johnsson, F., Freeman, J., Hinton, M., Powell, L., O'Donnell, J., & Power, P. (2004). Cannabis and psychosis: A clinical audit of the prevalence and persistence of cannabis use in first episode psychosis: Patients attending the Lambeth Early Onset (LEO) service in London. *Schizophrenia Research* 70, 72.

Kavanagh, D., Young, R., White, A., Saunders, J., Shockley, N., Wallis, J., et al. (2002). Start over and survive: A brief intervention for substance misuse in early psychosis. In H. Graham, K.T. Mueser, M. Birchwood, & A. Copello (eds.), *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery*. Chichester, Sussex: Wiley.

Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S.L.T., Manderscheid, R.W., Walters, E.E., & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry* 60(2), 184–189.

Linszen, D.H., Dingemans, P.M. & Lenoir, M.E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 51, 273.

McLaren, J., Lemon, J., Robins, L., & Mattick, R. (2008). *Cannabis and mental health: Put into context*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. Available on line: <http://ncpic.org.au/assets/downloads/ncpic/news/ncpic-news/new-nationaldrug-strategy-monograph-series-report-cannabis-ndmental-health-put-into-context.pdf>

Merikangas, K.R., Mehta, R.L., Molnar, B.E., Walters, E.E., Swendsen, J.D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., Dewit, D.J., Kolody, B., Vega, W.A., Wittchen, H.U., & Kessler, R.C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviours* 23(6), 893–907.

Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R.E., Jones, P.B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet* 370, 319–328.

Mueser, K.T., Birchwood, M. & Copello, A. (eds.). (2002). *Substance misuse in psychosis : Approaches to treatment and service delivery*. Chichester, Sussex: Wiley.

Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *British Medical Journal* 325(7374), 1195–1198. Available on line: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1195> Pekkala, E. & Merinder, L. (2002).

Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews 2 (art. no. CD002831). Available on line: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002831>

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., & Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology* 12(5), 399–405.

Raphael, B., Wooding, S., Stevens, G., & Connor, J. (2005). Comorbidity: Cannabis and complexity. *Journal of Psychiatric Practice* 11(3), 161–176.

Rey, J.M., Sawyer, M.G., Raphael, B., Patton, G.C., & Lynskey, M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis: Results of an Australian survey. *British Journal of Psychiatry* 180, 216–221.

Saha, S., Chant, D., Welham J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2, e141.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavs, J., Willer, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., & Dunbar, G.C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry* 12, 232–241.

Wade, D., Harrigan, S., Edwards, J., Burgess, P., Whelan, G., & McGorry, P. (2006). Course of substance misuse and daily tobacco use in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 81, 145–150.

Wade, D., Harrigan, S., McGorry, P.D., Burgess, P.M., & Whelan, G. (2007). Impact of severity of substance use disorder on symptomatic and functional outcome in young individuals with first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 68(5), 767–774.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction* 97(9), 1183—1194.

Capítulo 11 – INSTRUMENTOS DE RASTREIO

[Neste capítulo do manual encontram-se descritos diferentes instrumentos, que podem ser usados como ferramentas estruturadas de rastreio ou de complemento à avaliação, para detetar o grau de envolvimento de adultos e/ou adolescentes com a canábis (e outras substâncias), mas também para detetar problemas de saúde mental associados aos consumos. Nem todos os instrumentos foram traduzidos, e os que foram traduzidos, não se encontram aferidos à população portuguesa. Sobre aqueles que não foram traduzidos, optamos por assinalá-los nesta tradução.]

Severity of Dependence Scale (SDS) – Ficha Informativa

A Severity Dependence Scale SDS é um questionário de 5 itens cuja cotação indica a severidade de dependência de canábis. Cada um dos 5 itens é cotado numa escala de 4 pontos (0-3). A cotação total é obtida, somando a pontuação em cada um dos itens. Quanto mais alta for a cotação, maior será o grau de dependência.

Cotação:

Adolescentes: + de 4 pode indicar dependência de canábis

Adultos: + de 3 pode indicar dependência de canábis

Indicadores para:

Dependência de canábis

Tempo de realização e cotação:

Menos de um minuto

De domínio público

Sim

Pode ser realizado pelo utente?

Sim

Onde se encontra?

<http://www.ncpic.org.au>

<http://eib.emcdda.europa.eu/gtml.cfm/index7343EN.html> (forma genérica que não especifica a substância)

Forças:

- Breve
- Muito fácil de usar
- Instrumento conhecido
- Utilizável para medir resultados

Mais informações:

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90 (5), 607-614

Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 93, 1681-1692

Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gillmore, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 90-93

Escala de Severidade da Dependência - Canábis (ESD-C)

Nos últimos 3 meses:

1. Alguma vez pensou que o seu uso de canábis estava fora de controlo?

Nunca ou quase nunca	0
Algumas vezes	1
Frequentemente	2
Sempre ou quase sempre	3

2. Imaginar que não vai consumir um charro deixa-o muito ansioso ou preocupado?

Nunca ou quase nunca	0
----------------------	---

Algumas vezes	1
Frequentemente	2
Sempre ou quase sempre	3

3. Preocupa-se com o seu uso de canábis?

De forma alguma	0
Um pouco	1
Várias vezes	2
Bastante	3

4. Alguma vez quis deixar de consumir canábis?

Nunca ou quase nunca	0
Algumas vezes	1
Frequentemente	2
Sempre ou quase sempre	3

5. O quanto acha difícil parar de consumir canábis ou deixar de usar?

Não é difícil	0
É um pouco difícil	1
É muito difícil	2
É impossível	3

SDS cotação total /15

K10 – Ficha informativa

[não traduzido - ver p. 67 e 68 do manual na edição original]

A K10 é um instrumento de rastreio que também pode ser usado como escala ou como medida de resultados. Foi inicialmente desenhada para detetar a prevalência de doença mental, mas também pode indicar a possibilidade de existência de problemas mentais graves.

The Modified Simple Screening Instrument for Substance Abuse (MSSI-SA) – Ficha informativa

[não traduzido - ver p. 69 e 70 do manual na edição original]

Rastreia o consumo de substâncias, a preocupação e a perda de controle, as consequências adversas, os problemas de reconhecimento e a sintomatologia de abstinência

Psychosis Screener – Ficha informativa

[não traduzido - ver p. 71 do manual na edição original]

A partir dos elementos de diagnóstico do CIDI, rastreia a presença de sintomatologia característica da psicose

Mental Health Screening Form – Ficha informativa

[não traduzido - ver p. 72-74 do manual na edição original]

Recolha da história de saúde mental em 17 itens; as perguntas 1-4 são sobre a história de tratamento psiquiátrico do utente; as perguntas 5-17 associam-se com diagnósticos particulares de saúde mental. Uma resposta positiva nestes itens sugere a necessidade de uma avaliação mais aprofundada por um profissional de saúde mental.

ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – Ficha informativa

Rastreia

- As substâncias consumidas ao longo da vida
- As substâncias usadas nos últimos 3 meses
- Problemas associados ao uso de substâncias
- Risco de uso e dependência (atual ou no futuro)
- Uso intravenoso

Tempo de realização e cotação

Um profissional experiente pode aplicar o ASSIST e desenvolver a intervenção breve associada em 10 a 20 minutos

Pode o utente realizar o teste?

Não, este teste é aplicado pelo profissional

Onde o posso encontrar?

http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html

(versões em inglês, alemão, hindi, português do Brasil)

Manual: ASSIST: Guidelines for Use in Primary Care

Manual: Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care

Manual: Self-Help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide

De domínio público?

Sim

O ASSIST permite:

- Avisar as pessoas do risco associado ao desenvolvimento de problemas relacionados com o seu consumo de substâncias
- Criar uma oportunidade de iniciar uma discussão sobre o consumo de substâncias
- Identificar o consumo de substâncias como um fator que contribui para a doença apresentada
- Estar associado a uma intervenção breve para apoiar os consumidores de alto risco de substâncias a reduzir ou interromper o seu consumo, evitando consequências danosas

O ASSIST distingue 3 grupos principais:

- Pessoas abstinentes ou de baixo risco
- Aqueles cujos padrões de uso os coloca em risco de desenvolverem problemas ou em risco de desenvolverem dependência
- Aqueles que são dependentes de substâncias

Forças:

- Indica tanto o abuso como a dependência
- Produz informação para a avaliação
- Está associado a uma intervenção breve para pessoas com consumos problemáticos ou de risco (em vez de dependência)

Limitações possíveis:

- Requer algum esforço para ser integrado nas práticas de rotina

(atualmente o ASSIST é usado nas CDT's, com formatação do SICAD)

Cannabis Problems Questionnaire (Adult) – folha informativa

- Permite a quantificação geral dos problemas associados ao uso de canábis
- Modificado a partir do Alcohol Problems Questionnaire

Tempo de realização e de cotação:

1 a 2 minutos

Pode ser realizado pelo utente?

Sim

Onde se encontra?

<http://www.ncpic.org.au>

De domínio público:

Sim

Forças:

- Breve
- Simples
- Disponível nas versões para adolescentes e adultos
- Ambas as versões incluem questões opcionais para uma abordagem mais completa

Informação adicional:

Copeland, J., Gilmore, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: Factor, structure, reliability and validity. *Drug and Alcohol Dependence* 80, 313-319.

Martin, G., Copeland, J., Gilmore, S., Gates, P., & Swift, W. (2006). The Adolescents Cannabis Problems Questionnaire: Psychometric properties. *Addictive Behaviors* 31, 2238-2248.

Questionário dos Problemas com Canábis (Adulto)

As seguintes questões relacionam-se com as suas experiências de **consumo de canábis**, nos últimos três meses.

Por favor responda a todas as questões colocando sim ou não.

Nos últimos três meses:	Sim	Não
1. Tem fumado mais do que habitualmente?		
2. Tem ficado preocupado quando vai conhecer pessoas novas e está ganzado?		
3. Tem passado mais tempo com amigos que consomem do que com outros que não consomem?		

4. Teve amigos que o criticaram por fumar demasiado?		
5. Vendeu objetos pessoais para comprar canábis?		
6. Arranjou desculpas para os gastos de dinheiro?		
7. Teve problemas com a polícia devido ao consumo?		
8. Sentiu-se doente fisicamente após consumir?		
9. Desmaiou após o consumo?		
10. Sentiu dores no peito ou pulmões após consumir?		
11. Sentiu-se paranoico após consumir?		
12. Foi negligente consigo fisicamente?		
13. Deixou de tomar banho vários dias seguidos?		
14. Sentiu-se depressivo mais do que uma semana seguida?		
15. Sentiu-se tão depressivo que só queria acabar consigo?		
16. Desistiu de atividades recreativas de que gostava devido ao consumo?		
17. Sentiu ser difícil encontrar prazer em atividades que costumava apreciar?		
18. O seu estado geral de saúde piorou?		
19. Sentiu-se com mais dificuldades de relacionamento social após consumir?		
20. Sentiu-se preocupado com a sua falta de motivação?		
21. Tem-se preocupado com sentimentos de isolamento ou solidão?		
22. Normalmente fuma de manhã para se sentir melhor?		

Questionário dos Problemas com Canábis – Adolescente (QPC-A)

- Gostaríamos de perceber se tiveste algumas dificuldades com o consumo de canábis, semelhantes às que outros consumidores desta substância já tiveram.
- Lê cada uma das questões cuidadosamente e responde SIM ou NÃO colocando uma cruz no quadrado correto.
- Algumas questões relacionam-se especificamente com os problemas associados ao consumo de canábis, enquanto que outras são sobre problemas gerais que possam ter acontecido.

Por favor responde a todas as questões. Todas as questões relacionam-se com as tuas experiências com o consumo de canábis, nos últimos três meses.

CPQ-A itens principais

--	--

Nos últimos três meses:	Sim	Não
1. Tens fumado mais do que habitualmente?		
2. Tens ficado preocupado quando vais conhecer pessoas novas e estás ganzado?		
3. Tens passado mais tempo com amigos que consomem do que com outros que não consomem?		
4. Tens tido amigos que te criticam por fumar demasiado?		
5. Tiveste dívidas?		
6. Penhoraste algum objeto pessoal para comprar canábis?		
7. Arranjaste desculpas para os gastos de dinheiro?		
8. Preocupaste-te com o dinheiro que gastas com a compra de canábis?		
9. Foste apanhado a mentir sobre dinheiro?		
10. Tiveste problemas com a polícia devido ao consumo?		
11. Sentiste-te doente fisicamente após consumires?		
12. Desmaiaste após o consumo?		
13. Sentiste dores no peito ou pulmões após consumires?		
14. Tiveste uma infeção pulmonar ou tosse persistente?		
15. Sentiste-te paranoico ou com dificuldades de relacionamento social após consumires?		
16. Perdeste peso sem justificação?		
17. Foste negligente contigo fisicamente?		
18. Sentiste-te depressivo mais do que uma semana seguida?		
19. Sentiste-te tão depressivo que só querias acabar contigo?		
20. Desististe de atividades recreativas que gostavas devido ao consumo?		
21. Tens tido menos energia do que habitualmente?		
22. Tens sentido dificuldades em encontrar prazer nos teus interesses habituais?		
23. O teu estado geral de saúde piorou?		
24. Preocupaste-te com a sensação de que te afastaste dos amigos ou da família?		
25. Sentiste-te preocupado com a tua falta de motivação?		
26. Tens sentido maiores dificuldades de concentração do que habitualmente?		
27. Tens-te preocupado com sentimentos de isolamento e de solidão?		

Itens adicionais CPQ-A

Se viveste com os teus pais (Representante legal) nos últimos três meses, responde às questões seguintes. Caso contrário, passa para a pergunta 33.

	Sim	Não
28. Os teus pais consomem canábis regularmente?		
29. Os teus pais queixaram-se do teu consumo?		
30. Os teus pais tentaram com que parasses de consumir?		
31. Discutiste com eles devido ao teu consumo?		
32. Tentaste evitá-los depois de consumires?		

Se tiveste um namorado/a nos últimos três meses, responde às questões seguintes. Caso contrário, passa para a pergunta 38.

Pensa no namorado/a com quem passaste a mais tempo nos últimos três meses:	Sim	Não
33. Ele(a) consome canábis regularmente?		
34. Ele(a) queixa-se do teu consumo?		
35. Discutiste com ele(a) sobre o teu consumo?		
36. Ele(a) ameaçou deixar-te devido ao teu consumo?		
37. Evitaste-o(a) depois de teres consumido?		

Se estiveste inscrito na escola ou num curso nos últimos três meses, responde às questões seguintes. Caso contrário, passa para a pergunta 47.

	Sim	Não
38. Estiveste menos interessado ou motivado na escola ou nos estudos?		
39. Sentiste-te incapaz de frequentar as aulas devido ao consumo?		
40. As tuas notas desceram?		
41. Vais para as aulas após consumires?		
42. Sentes-te menos capaz de te concentrares nas aulas?		
43. Consumiste na escola?		
44. Foste incapaz de fazer os trabalhos de casa devido ao consumo?		
45. Tiveste queixas dos professores acerca do teu desempenho escolar?		
46. Tiveste faltas disciplinares ou foste suspenso devido à canábis?		

Se estiveste a trabalhar, seja em part-time seja a tempo inteiro, nos últimos três meses, responde às questões seguintes.

	Sim	Não
47. Sentes que o teu trabalho é menos interessante do que habitualmente?		
48. Sentiste dificuldades em chegar a horas ao trabalho por causa do consumo?		
49. Faltaste um dia inteiro ao trabalho devido ao consumo?		
50. Sentes-te menos capaz de trabalhar devido ao consumo?		
51. Foste trabalhar sob o efeito de canábis?		
52. Tiveste queixas devido aos atrasos ou faltas ao trabalho?		
53. Tiveste queixas formais da tua entidade patronal?		
54. Foste suspenso ou despedido?		
55. Tiveste acidentes de trabalho após consumires?		

Cannabis withdrawal Checklist – ficha informativa

Avalia os sintomas relacionados com a abstinência da canábis

1 a 2 minutos para o preenchimento

O utente pode completá-la

É de domínio público

Forças: breve; simples e pode ser usada para acompanhar a evolução da sintomatologia

Limitações: não existem dados sobre a validade e fiabilidade do inquérito

Checklist para Sintomatologia de Abstinência de Canábis

Nome: _____

Data: _____

Dia: _____

Em cada dia dos primeiros 5 dias da sua tentativa de abstinência ao consumo de canábis, por favor responda, com base na sua experiência

	nenhum	pouco	moderado	severo
1. tremores				
2. estado depressivo				
3. diminuição do apetite				
4. aumento do apetite				
5. náuseas ou dores de estômago				
6. irritabilidade				
7. dificuldades de sono (insónia)				
8. demasiado sono (hipersónia)				
9. transpiração				
10. desejo de fumar canábis				
11. inquietação				
12. nervosismo/ansiedade				
13. aumento da raiva ou agressividade				
14. dores de cabeça				
15. sonhos estranhos				
16. fadiga/cansaço/bocejos				
17. dificuldades de concentração				
18. arrepios				

Fonte: **Budney, A. J., Novy, P. Hugues, J. R.** (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 94, 1311-1322.

Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT) – ficha informativa

[**não traduzido** - ver p. 81-83 do manual na edição original]

Rastreia o uso de canábis nos últimos 12 meses, nos últimos 3 meses, os problemas induzidos pelo uso de canábis e o risco de dano e dependência.

Readiness to Change Questionnaire – ficha informativa

Este questionário é usado para aceder à preparação para a mudança dos consumidores de álcool. Foi adaptado para incluir a canábis.

O que rastreia?

(questionário de 12 itens) a preparação para o consumidor iniciar a mudança, ou para as atuais mudanças nos hábitos de consumo (adaptado para incluir a canábis), sugerindo um de três estádios:

- pré-contemplação – não considera fazer qualquer mudança
- contemplação: pensa em realizar mudanças, pode ter iniciado algumas

- ação – está ativamente a fazer mudanças

População-alvo

adulto/adolescentes

Tempo de realização e cotação: 12 itens, 3 subescalas; caneta e papel; auto-administrado; Tempo necessário à administração: 2 a 3 minutos; Não necessita de treino de administração; Tempo para a cotação: 1 minuto; Cotado pelo administrador; Normas disponíveis baseadas em consumidores excessivos de álcool, identificados na prática clínica geral hospitalar

Aplicabilidade na investigação:

Na investigação de intervenções breves e oportunistas, especialmente em *matching studies*

Fonte:

Center for Alcohol and Drug Studies Plummer Court, Carlisle Place, Newcastle upon Tyne
NE1 6UR, UNITED KINGDOM
Tel: 44(0)191219 5648 Fax: 44(0)191219 5649

Referências

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87, 743–754.

Heather, N., Rollnick, S. & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction* 88, 1667–1677.

Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S. (1991). *Readiness to Change Questionnaire: User’s manual*. Technical Report no. 15. Kensington, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA – CANÁBIS (QAMM-C)

Nome: _____ Data: _____

As seguintes questões estão concebidas para identificar como é que se sente em relação ao seu uso atual de canábis. Por favor, leia todas as questões cuidadosamente e decida se concorda ou se discorda das afirmações, escolhendo a resposta certa.

nota: CANÁBIS = haxixe, erva, pólen, bolota, ganza

	Discordo bastante	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo bastante	COTAÇÃO
1. Eu acho que não consumo muita canábis						P
2. Estou a tentar consumir menos canábis do que costumava						A

3. Eu gosto de usar canábis, mas às vezes consumo demasiado						C
4. Às vezes penso que devo diminuir os meus consumos de canábis						C
5. É uma perda de tempo pensar nos meus consumos de canábis						P
6. Eu mudei recentemente a minha forma de consumir canábis						A
7. Qualquer pessoa pode falar sobre fazer alguma coisa acerca do seu consumo de canábis, mas eu estou realmente a fazer qualquer coisa						A
8. Estou numa fase em que devo pensar em diminuir os meus consumos de canábis						C
9. Por vezes, o meu consumo de canábis é um problema						C
10. Não vejo qualquer necessidade em pensar mudar o meu consumo de canábis						P
11. Neste momento, estou realmente a mudar o meu consumo de canábis						A
12. Não tenho qualquer interesse em consumir menos canábis						P

COTAÇÃO

Pré-contemplação:

Pré-contemplação (cotação invertido):

Contemplação:

Contemplação (mesma cotação):

Ação:

Ação (mesma cotação):

Cotação do questionário de avaliação da motivação para a mudança - canábis

Método rápido:

Os itens referentes à pré-contemplação são os nº 1, 5, 10 e 12;

Os itens da contemplação são os nº 3, 4, 8 e 9;

Os itens da ação são os nº 2, 6, 7 e 11.

Todos os itens são cotados numa escala de 0-5 segundo:

-2 discordo bastante

-1 discordo

0 não tenho a certeza

+1 concordo

+2 concordo bastante

Para calcular a cotação de cada estágio de mudança, somam-se os valores relativos a cada estágio. O leque de valores para cada estágio varia entre -8 e +8. Uma cotação negativa reflete o desacordo generalizado com os itens que determinam um estágio de mudança, enquanto uma cotação positiva, representa acordo. O valor mais cotado corresponde ao estágio de mudança em que o consumidor se situa.

Nota: se a cotação de 2 estágios for igual, o estágio mais distante do contínuo de mudança (pré-contemplação contemplação-ação) representa o estágio em que se situa o consumidor que está a ser avaliado. Por ex., se um consumidor cota 6 na escala da pré-contemplação, 6 na contemplação e -2 na ação, então situa-se no estágio de contemplação.

Assinala-se também que, uma cotação positiva na escala da pré-contemplação significa baixa prontidão/preparação para a mudança. Para obter a cotação de pré-contemplação que representa o grau de preparação para a mudança do consumidor em avaliação, e que pode ser diretamente comparado com a sua cotação ao nível da contemplação e da ação, inverta simplesmente o sinal de cotação da pré-contemplação.

Se um dos 4 itens estiver em falta, a cotação do consumidor deve ser pro-classificada (i.e. multiplicada por 1.33). Se estiverem em falta 2 ou mais itens, a cotação dessa escala não pode ser calculada, e o estágio de preparação -para a mudança não pode ser determinado.

Modified Mini Screen (MMS) – ficha informativa

[**não traduzido** - ver p. 88-89 do manual na edição original]

O MMS foi desenhado para identificar pessoas que necessitem de uma avaliação cuidada ao nível das desordens de humor, desordens de ansiedade e desordens psicóticas.

Capítulo 12 – MATERIAIS DE TRABALHO

[Neste capítulo encontram-se diversas fichas e materiais de trabalho que podem acompanhar a intervenção, ou serem propostas como trabalho para casa, funcionando como material de auto ajuda para os consumidores e os técnicos que estão a desenvolver intervenções específicas dirigidas ao diferentes níveis de risco, diferentes padrões de consumo, e diferentes estádios de mudança ao nível do uso de canábis.]

Decisões aparentemente irrelevantes

de Steinberg et al. (2005)

Quando tomares uma decisão, grande ou pequena:

- Considera as diferentes opções que tens
- Pensa nos possíveis resultados de cada uma dessas opções. Que consequências positivas ou negativas podes antecipar e quais são os riscos de recaída?
- Escolhe a opção que minimiza o risco da recaída. Se decidires escolher uma opção arriscada antecipa como te podes proteger na situação de alto-risco.
- Dá atenção aos sinais vermelhos: pensamentos tais como *"Eu tenho de (fazer qualquer coisa, ir a qualquer lado, ver alguém)"* ou

“Eu consigo lidar (com uma situação de alto risco)” ou

“Não faz mal nenhum (vou só dar uma passa, fumar este charro)”

Exercício prático

Pensa numa decisão que tomaste recentemente, ou que tens de tomar. A decisão pode envolver qualquer aspeto da tua vida, tais como trabalho, atividades de lazer, amigos ou família. Identifica as opções que são seguras e as opções que podem aumentar o teu risco de recaída.

Decisão a ser tomada:
Alternativas seguras:
Alternativas de risco:

Desejo ou Vontade de consumir

de Marlatt e Gordon (1985)

O que são os desejos/vontades de consumir?

Os desejos/vontades de consumir são naturais ao processo de mudança dos consumos de álcool ou de outras drogas, e podem causar algum desconforto. Estes desejos/vontades são resultado do uso continuado de uma substância e podem continuar a sentir-se até muito tempo depois do consumo ter terminado. As pessoas com uma história pesada de uso podem experimentar desejos muito fortes.

Um desejo é como uma onda na praia. Todas as ondas começam pequenas, depois crescem, até atingirem o seu ponto máximo de elevação e depois partem-se e desfazem-se ao longo da praia. Nenhuma onda dura mais do que alguns minutos.

Com os desejos/vontades acontece o mesmo. Começam pequenos e depois crescem, e são feitos de comportamentos, pensamentos e sintomas físicos. Depois de atingirem o seu pico, quebram e desaparecem. Este processo normalmente não dura mais do que 10 minutos. Quanto tempo duram os teus desejos? Qual a sua intensidade numa escala de 1 a 10?

O que despoleta os desejos/vontades?

Os *cravings* podem ser despoletados por muitos tipos de coisas: pessoas, lugares, pensamentos, sentimentos, situações, ou qualquer outra coisa que esteja associada no passado ao uso de álcool ou outras drogas. Está atento: algumas vezes, especialmente se estás ansioso ou numa situação associada ao uso de drogas ou álcool, o desejo pode reaparecer de forma muito forte! Quais são os teus “gatilhos”? De que forma te apercebes de que um desejo de uso está a começar (pensamentos, sentimentos e comportamentos).

E se eu só usar de vez em quando?

Os desejos são como gatos vadios: se o alimentas eles voltam sempre. Mesmo que uses só de vez em quando, vais continuar a manter esses desejos vivos. Os desejos de uso são mais fortes nas primeiras fases do processo de abandono dos consumos, mas pode continuar-se a sentir desejos nos primeiros meses, e por vezes até anos, depois de parar o consumos.

Como faço para me livrar dos desejos de consumo?

Os desejos só perdem o seu poder se não lhes deres força, bebendo ou consumindo. Cada vez que uma pessoa faz qualquer coisa em vez de beber ou consumir drogas o *desejo* perde o seu poder. Com o tempo, o pico da onda “desejo”, torna-se menor e menos frequente. Deixar totalmente de consumir é a forma melhor e mais rápida de te livrar dos *cravings*.

Lidar com os desejos/vontade de consumir

adaptado de Hinton et al. 2002

Como é a tua experiência com o desejo ou a vontade de consumir? Descreve os sintomas que experimentas quando tens desejo ou vontade de consumir: os teus sintomas físicos (por ex., coração acelerado, sensação de enjoo), os teus comportamentos (por ex., inquietação), e os pensamentos (por ex., "Eu tenho de fumar").

Os sintomas físicos:

Os Comportamentos:

Os Pensamentos:

Os meus principais "gatilhos" de desejo ou vontade de consumir são:	Como é que posso lidar com este "gatilho"
1.	EVITAR ou
2.	EVITAR ou
3.	EVITAR ou
4.	EVITAR ou
5.	EVITAR ou

Às vezes, quando os desejos não podem ser evitados, precisas de encontrar uma forma de lidar com eles. A seguir encontras algumas opções que podes experimentar para conseguires lidar com os sintomas físicos, os comportamentos e os pensamentos que constituem os desejos.

Assinala as opções que podem funcionar contigo.

Competências comportamentais:

- **Comer regularmente**, mesmo quando não sentes fome
- **Beber muita água** - especialmente quando sentes o craving.
- **Mastigar uma pastilha elástica ou comer um chupa-chupa**

em vez de beber álcool ou consumir.

Usa a estratégia "3Ds" para desativares o teu *desejo*.

Delay (adia): Quando experimentares desejo ou vontade de consumir, adia a decisão de consumir uma hora.

Distract (distrain-te): A partir do momento em que a decisão de usar é adiada arranja qualquer coisa para fazer nessa hora, tal como caminhar, ligar a um amigo ou ouvir musica. Isto quebra o hábito de ires buscar imediatamente álcool ou outras drogas quando sentes *desejo*. Vais perceber que quando estás interessado em alguma coisa o *desejo* desaparece.

Decide (decide): Depois do *desejo* ter passado toma consciência dos teus sucessos na redução do uso de substâncias, das razões para parar ou reduzir o uso, e congratula-te por não teres cedido ao *desejo*. Muitas pessoas tentam lidar com os seus cravings, **by gritting their teeth and toughing it out.**

“Surfar impulsos”

de Steinberg et al. (2005)

Alguns impulsos, especialmente quando voltas aos locais/contextos em que normalmente usavas drogas, são demasiado fortes para conseguires ignorá-los. Quando isto acontece pode ser útil, acompanhares o teu impulso até que ele passe. Esta técnica chama-se “surfar o impulso”.

Os impulsos são como ondas do mar. São pequenas quando começam, aumentam de tamanho e depois partem ou quebram-se e dissipam-se. Podes imaginar-te como um surfista que vai cavalgar a onda, permanecendo no topo até ela se desfazer e quebrar. As bases desta técnica são parecidas com as bases de muitas artes marciais. No judo conseguimos dominar o adversário numa primeira fase aproveitando a força do seu ataque. Ao aproveitarmos a força do adversário conseguimos controlá-la e redirecioná-la em nossa vantagem. Esta técnica de ganhar controlo juntando-se à força do adversário permite-nos ter controlo despendendo o mínimo de energia. O “*surf de impulsos*” é parecido. Podes juntar-te a um impulso como forma de controlares esse impulso para consumir (em vez de o confrontares com uma oposição forte). Depois de perceberes esta técnica podes perceber que é útil quando sentires um grande impulso para consumir.

“Surf de impulsos” tem três etapas básicas:

1. Faz um inventário da tua experiência à volta do *impulso para consumir*. Faz isto sentando-te numa cadeira confortável, com os teus pés fixos no solo e as tuas mãos numa posição confortável. Respira profundamente algumas vezes e foca-te no teu interior. Toma atenção à forma com o teu corpo se sente, toma consciência da forma como o teu corpo sente o *impulso* e das sensações associadas. Toma consciência de cada área. Consciencializa todas as áreas do teu corpo em que sentes o *impulso* e relata para ti próprio a tua experiência. Por exemplo, “Deixa-me ver - o meu *impulso* está na minha boca, nariz e no meu estomago”.
2. Focaliza-te numa área em que estejas a experimentar o *impulso*. Consciencializa as sensações exatas nessa área. Por exemplo, sentes calor, frio, formigueiro ou dormência? Os teus músculos estão tensos ou relaxados? Qual a dimensão da área que está envolvida? Consciencializa as sensações e descreve-as para ti próprio. Consciencializa as alterações que ocorrem nas sensações “muito bem - a minha boca está seca. A atenção dos meus lábios e língua. Estou a engolir. Quando expiro, posso imaginar o cheiro e o gosto da canábis”
3. Recentra-te em cada parte do teu corpo que experiencia o *impulso*. Toma atenção e descreve para ti próprio as mudanças que ocorrem. Consciencializa como o *impulso*, vai e vem.

Muitas pessoas reparam que depois de alguns minutos *a surfar o impulso*, a urgência de consumir desaparece. O objetivo deste exercício no entanto, não é fazer o *impulso* desaparecer mas experienciá-lo de uma forma diferente. Se praticares esta técnica vais ficar familiarizado com os teus impulsos e vais aprender como conduzi-los até eles se irem embora.

Tabela de balanço decisional - adaptado de Hinton et al. (2002)

Esta ficha de trabalho vai ajudar-te a:

- Pensar nos custos e nos benefícios do teu uso atual de canábis.
- Perceber os fatores que afetam as tuas decisões para fumar;
- Decidir o que queres fazer acerca disso;

Pensar acerca do teu comportamento de fumar

Para pensares sobre o teu uso de canábis pergunta a ti próprio:
 “O que é eu perco e o que é que eu ganho se continuar com o meu padrão habitual de consumo de canábis”
 “Qual o papel que a canábis desempenha na minha vida?”

TU podes estar a ter benefícios com o consumo, tais como relaxamento ou oportunidades sociais mas podes estar também a experimentar algumas dificuldades.

Fazer um exercício mental

Uma das coisas que te podem ajudar a clarificar os teus pensamentos acerca do teu uso de canábis é fazer uma lista dos custos e dos benefícios de mudar ou de continuar a consumir.

Dá atenção aos exemplos e junta os teus próprios comentários:

	Continuar a usar canábis da mesma forma	Diminuir o uso de canábis	Parar de consumir
<u>Coisas boas</u>	<i>Não tenho que mudar nada</i>	<i>Não vou gastar tanto dinheiro</i>	<i>O meu humor vai melhorar</i>
<u>Coisas menos boas</u>	<i>A minha namorada vai continuar "a chatear-me"</i>	<i>Quando começar vou perceber que é difícil parar</i>	<i>Não estarei com os meus amigos tão frequentemente</i>

Assinala os efeitos positivos e negativos que são mais importantes para ti; podes também, dar uma pontuação a cada uma, numa escala de menos importante (1) até mais importante (10), e repara qual das colunas soma um resultado mais elevado.

Escada de Canábis

adaptado de Slavet et al. (2006)

10

Mudei o meu uso de canábis e nunca voltarei a consumir como consumia antes.

9	Mudei o meu uso de canábis, mas continuo preocupado com uma recaída, por isso tenho de continuar a trabalhar nas alterações que consegui fazer sobre os meus consumos.
8	Tenho intenção de usar canábis mas vou mudar algumas coisas, como por exemplo diminuir a quantidade de canábis que uso.
7	Tenho uma forte intenção de alterar o meu uso de canábis e estou quase capaz de fazer planos sobre como mudar.
6	Tenho uma forte intenção de alterar o meu uso de canábis, mas ainda não estou capaz de fazer planos sobre como mudar.
5	Penso muitas vezes na forma como consumo canábis, mas não tenho planos para mudar.
4	Às vezes penso na forma como uso canábis, mas não tenho planos para mudar.
3	Raramente penso em mudar o meu uso de canábis e, não tenho planos para mudar.
2	Nunca penso acerca de mudar o meu uso de canábis, e não tenho planos para mudar.
1	Eu gosto de consumir canábis e decidi que isso nunca vai mudar. Não quero mudar a forma como uso canábis.

Diário do consumo de canábis

Dia, data	Onde e com quem consumiste?	Como te estavas a sentir?	Que quantidade consumiste?	Custo (€)
-----------	-----------------------------	---------------------------	----------------------------	-----------

Resumo personalizado

Adaptado de Hinton et al. (2002)

Realizado por:

Este resumo personalizado vai-te dar uma ideia do teu consumo atual de canábis.

De que forma é um problema?

- Relatas o uso de canábis em _____ % dos dias do último mês.
- Relatas que fumaste _____ charros no último ano.
- Também consumiste _____ cigarros, se fumaste 50% misturado com canábis (a maioria dos fumadores de canábis consomem mais que isso).
- Isto quer dizer que gastaste entre _____ € e _____ €, dependendo do preço.
- Gastaste _____ horas em actividades relacionadas com o consumo de canábis.

Como avalias o teu consumo de canábis?

Elevado
Muito Alto
Alto
Médio
Baixo
Sem problema

Treino de relaxamento – para clínicos (técnicos, terapeutas)**Visão global**

O treino de relaxamento envolve uma série de procedimentos para voluntariamente nos libertarmos da tensão. Estas técnicas podem ser utilizadas em situações diárias, quando o stress surge.

Objetivos

- Reconhecer a tensão física e psicológica
- Aprender a relaxar
- Usar as imagens mentais para reduzir a tensão psicológica
- Usar grupos musculares específicos para aliviar a tensão

Método

- explicar que, em resposta ao stress, temos uma resposta de “ataque ou fuga” em que os músculos se tornam mais tensos, a respiração mais rápida e superficial, e ficamos num estado de alerta
- estas reações são normais, mas quando alguém sofrer de stress durante um longo período de tempo, a tensão muscular pode permanecer elevada e pode ser difícil reconhecê-lo, pois passa a ser uma sensação “normal”/“habitual”.
- a constante tensão pode provocar sentimentos de ansiedade e contribuir para a recaída
- o relaxamento eficaz inicia-se com situações não desafiantes e deve ser desenvolvido para que seja possível usar em situações stressantes
- os procedimentos básicos podem ser ensinados numa a três sessões, mas têm que ser praticados com regularidade, por mais de 8 semanas
- mais prática traz maiores benefícios
- as técnicas de relaxamento são melhor implementadas a) num ambiente tranquilo, b) numa posição confortável (mas não na cama), c) com uma atitude passiva, e com d) técnicas que promovam a diminuição da tensão

Tipos de relaxamento

relaxamento muscular progressivo	Envolve a contração e relaxamento ativo de grupos musculares do corpo de forma progressiva e sequencial.
procedimentos de relaxamento meditativo	Relaxamento Mental que inclui a repetição de uma palavra (p. ex. relaxar) ou a evocação de imagens agradáveis.
procedimentos isométricos	Envolve trabalhar um músculo contra outro A maioria dos exercícios não envolve qualquer movimento aparente pelo que pode ser realizado sem constrangimento

Materiais de Trabalho correspondentes: 1. Dicas para dormir melhor; 2. Relaxar os músculos

Dicas para dormir melhor

Vá para a cama somente quando estiver com sono.

Não use a cama para qualquer outra coisa, exceto para dormir e para atividade sexual. Não coma, não veja tv, não leia, não se preocupe, na cama.

Se estiver com dificuldades em dormir, levante-se e vá para outra sala. Mantenha-se acordado nesse espaço o tempo que desejar, de preferência dedicando-se a uma atividade aborrecida. Volte para a cama quando se sentir sonolento. Se estiver na cama por mais de 20m sem adormecer, levante-se. Repita isto quantas vezes forem necessárias.



Programa o despertador para se levantar todos os dias à mesma hora, independentemente das horas de sono que dormiu. Uma hora de despertar constante ajuda o seu corpo a adquirir um ritmo de sono consistente. Se tem dificuldade em adormecer, tente diminuir ou evitar as sestas durante o dia, e verifique se isso melhora o seu sono.

Evite atividade física à noite.

Evite estimulantes como chá, café, cacau, ou cigarros antes de deitar.



Evite álcool, especialmente no final do dia. Embora o álcool possa ajudá-lo a adormecer mais facilmente, é suscetível de provocar um sono interrompido.

Medicamentos para dormir podem ajudar inicialmente, mas podem tornar-se inúteis ou desaconselhados a longo prazo.

Se se sentir irritado e frustrado porque não consegue dormir, não fique na cama a tentar dormir. Saia da cama, vá para outro compartimento e faça algo diferente.



Relaxar os músculos

Quando praticar em casa, certifique-se que:

- usa roupas confortáveis;
- desativa as distrações (desligue o telefone, feche as persianas...)

- está sentado numa cadeira confortável (o objetivo é estar relaxado enquanto acordado)
- não force os seus músculos; contraia apenas o suficiente para notar as diferenças entre tensão e relaxamento.



Passos:

1. Sente-se em uma cadeira confortável e feche os olhos.
2. Contraia os músculos do seu rosto e da mandíbula. Não estique os músculos, aperte-os. Agora, devagar, concentre-se na libertação de tensão.
3. Levante os ombros e incline a cabeça para trás. Não estique os músculos, aperte-os. Agora, vamos lentamente, libertando a tensão. Deixe os seus ombros cair e endireite a sua cabeça.
4. Rodeie o corpo com os braços, à sua frente e feche as mãos em punho. Não estique os músculos, aperte-os. Agora, devagar, vá libertando a tensão. Deixe os braços cair suavemente.
5. Aperte os músculos do estômago. Não estique os músculos, aperte-os. Agora, devagar, concentre-se na libertação da tensão.
6. Estique as pernas aperte os músculos das pernas. Não estique os músculos, aperte-os. Agora, aos poucos liberte toda a tensão. Deixe os seus pés cair suavemente até ao chão.
7. Mantenha-se sentado por algum tempo e disfrute da sensação de calor e peso nos seus músculos. Quando se levantar, tente manter esta calma.
8. Tente praticar o relaxamento todos os dias, para conseguir melhores resultados.

Sintomatologia de abstinência ao uso de canábis – informação ao utente

Muitos dos consumidores de canábis podem experimentar alguns sintomas de abstinência; outros podem sentir pouco ou nenhum desconforto quando deixam de usar. Para muitos consumidores, os sintomas psicológicos são os mais difíceis. Existem também alguns sintomas físicos, que podem ser desconfortáveis, mas não são perigosos.

Sintomas comuns	Sintomas menos comuns
-----------------	-----------------------

Raiva Agressão Irritabilidade Nervosismo/ansiedade	Arrepios Dores de estômago Tremuras Suores
Alterações no apetite Inquietação Dificuldade em dormir Sonhos estranhos	Humor depressivo

Os sintomas de abstinência são sinais de que o corpo está a recuperar e a readaptar-se ao facto de estar sem canábis, por isso são sinais positivos de recuperação. Geralmente, os sintomas de abstinência resolvem-se entre 5 a 10 dias. Alguns sintomas, tais como desenvolver bons padrões de sono, podem demorar mais algum tempo.

Deixar o tabaco ao mesmo tempo

Muitos consumidores de canábis também fumam tabaco, quer seja ao mesmo tempo, quer isoladamente. Se misturas tabaco com canábis, é possível que alguns dos sintomas se relacionem com o deixares de usar tabaco também.

Estar em abstinência às duas substâncias não quer dizer que será duplamente pior, e a investigação diz-nos que é melhor deixar ambas as substâncias ao mesmo tempo. Se te preocupas com a tua capacidade em abandonar simultaneamente o tabaco e a canábis, existem possíveis terapias de substituição para a nicotina, sobre as quais te podes informar junto do teu médico.

Opções de tratamento

Existem uma série de opções de tratamento na Austrália. Algumas dessas opções incluem aconselhamento, grupos de apoio e grupos de educação. Também podes ligar para a Cannabis Information and Helpline ou contactar os serviços locais de Alcohol Drug Information Service. Nesta fase, não existem medicamentos específicos para a abstinência à canábis, no entanto o teu médico de família pode recomendar medicação para alguns sintomas, como humor depressivo ou dificuldades no sono. Isto dependerá da especificidade da tua situação pessoal.

Monitorizar os sintomas de abstinência

Poderás querer copiar e usar este quadro para monitorizares os teus sintomas ao longo da semana, colocando uma cruz nos espaços ao lado de cada sintoma. Verás o número e a severidade dos sintomas a reduzirem rapidamente.

sintomas	baixo	moderado	severo
Humor depressivo			
Alterações no apetite			

Dificuldades em dormir			
Suores/suores noturnos			
Desejo de consumir canábis			
Inquietação/irritabilidade			
Agressividade/raiva			
Dores de cabeça			

Desenvolver um plano de gestão dos sintomas de abstinência com um amigo, familiar ou técnico, inclui:

- Afastar todos os objetos de consumo, para afastar a tentação
- Fazer um esforço para comer melhor e para realizar algum exercício
- Escrever os pros e contras do abandono do consumo, e colocá-los num local visível
- Não planejar atividades stressantes nas primeiras semanas, mas sim, planejar atividades agradáveis que o irão distrair
- Encontrar um amigo ou alguém que o distrai do consumo e o ajude nos impulsos/desejos para consumir
- Tentar não se culpabilizar se tiver um lapso
- Planeie uma recompensa para si próprio quando conseguir atingir o objetivo

Prós de deixar de consumir/diminuir o consumo	Contras de consumir/diminuir o consumo
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Marque uma consulta com o seu médico/técnico para monitorizar o seu progresso e desenvolver estratégias para consolidar e construir o seu sucesso.

Competências de Resolução de Problemas – para técnicos

Visão global

- As competências para de resolução de problemas apropriam-se a todas as questões com substâncias e podem ser aplicadas independentemente do consumidor ter por objetivo a abstinência ou a redução do consumo
- Estas competências aplicam-se a contextos de grupo ou individuais
- A base destas estratégias podem ser ensinadas nas sessões, mas necessitam de ser praticadas, redefinidas e reforçadas, para se tornarem efetivas

Objetivos

- Reconhecer a existência de um problema
- Gerar uma variedade de potenciais soluções
- Selecionar opções mais apropriadas e gerar um plano de ação
- Avaliar a eficácia da abordagem

Processo	Detalhes
Definir exatamente qual é o problema	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o problema em termos de comportamentos concretos • Se existem diversos comportamentos, pedir ao consumidor que os priorize
Brainstorm de opções para lidar com o problema	<ul style="list-style-type: none"> • Não é permitido nenhuma crítica • Ser o mais criativo possível • O número de ideias é importante • O que resultou anteriormente?
Escolher a melhor opção ou opções	<ul style="list-style-type: none"> • Remover estratégias impraticáveis • Considerar os prós e contras de cada opção viável • Discutir todos os possíveis obstáculos à ação
Elaborar um plano detalhado de ação	<ul style="list-style-type: none"> • Desmontar as ações em passos concretos • Decidir quando, onde, como e com quem
Implementar o plano	<ul style="list-style-type: none"> • Praticar na sessão com role play e fazendo trabalhos de casa
Avaliar os resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A opção resolveu o problema na totalidade ou em parte? • A estratégia precisa de ser melhorada, ou é necessária uma nova estratégia?

Ficha de trabalho correspondente: Competências de Resolução de Problemas – para os utentes

Competências de Resolução de Problemas – para utentes

Adaptado de Steinberg et al. (2005)

1. Um problema que eu gostaria de resolver

--

2. O que posso fazer? (brainstorm de ideias criativas)

--	--	--

3. Prós e contras de cada solução

Solução possível	benefícios	custos

Qual é que eu vou escolher?

4. Plano de ação

Como?	
Quando?	
Onde?	
Com quem?	

5. Como é que correu?

Coisas boas	Coisas não tão boas

Vai tentar este processo outra vez?

sim	não
-----	-----

Prevenção da recaída (para técnicos)

Visão global

- A Prevenção da recaída (PR) deve ser incluída em todos os programas de tratamento
- A recaída é tão comum que deve ser encarada como uma parte normal do processo de mudança;
- PR é útil para prevenir recaídas e também para aprender com essa experiência;
- PR pode recorrer a outras competências tais como resolução de problemas, disputa de pensamentos negativos, etc.

Conceitos-Chave

- Identificar situações de alto risco e desenvolver competências para lidar com os estímulos desencadeadores;
- Distinguir entre alguns tipos de uso (“*escorregadela*” ou lapso) e o retorno a um uso regular (recaída).

Processo	Detalhes
Reforçar o compromisso com a mudança	Uma forte resolução de mudança é um aspeto importante para moderar o uso ou manter a abstinência. Discutir as razões da mudança e registá-las para que possam ser usadas como “ <i>lembretes</i> ” e fatores motivadores.
Identificar situações de alto risco	Detalhes: quem, onde, com quem, a fazer o quê, e a sentir o quê. Isto pode ser registado num diário ou através da realização de questionários tais como “ <i>Cannabis Situational Confidence Scale</i> ”.
Ensinar competências para lidar com a situação ou outras competências úteis	Os consumidores estarão capazes de implementar as competências para lidar com a situação quando tiverem a confiança necessária para lidar com situações de alto risco (ver a ficha de trabalho sobre resolução de problemas). Outras competências podem incluir: lidar com a pressão social, lidar com distúrbios do humor, lidar com o <i>craving</i> ou desejo/vontade de consumir (ver ficha de trabalho “ <i>surfando os impulsos</i> ”).
Outras dicas importantes para evitar a tentação	Uma das estratégias mais úteis para lidar com situações de alto risco é o planeamento prévio. Outra é reconhecer “ <i>decisões aparentemente irrelevantes</i> ” (ver ficha de trabalho).
Preparar para a “<i>escorregadela</i>” (lapso)	Saunders and Allsop (1991) sugerem que seja feita uma simulação da recaída semelhante a uma simulação de incêndio, na qual é criado um plano para prevenir que a “ <i>escorregadela</i> ” se torne uma recaída grave. Isto implica identificar fatores emocionais e situacionais.
Outras questões importantes para manter a mudança, relacionadas com o estilo de vida	Fatores tais como a rede social, a rede de suporte (incluindo grupos de autoajuda), competências de comunicação e envolvimento em atividades de tempos livres, são aspetos importantes do sucesso no tratamento.

Hierarquia do risco de consumir canábis

adaptado de Hinton et al. (2002)

Grau de risco (0-10)	Situação	Estratégias utilizadas

2. DIZER NÃO sem hesitação. Lembrar que, quem hesita está perdido!

Ser firme e educado. “Não” pode ser reforçado com uma mensagem sobre as suas intenções no futuro para prevenir futuras ofertas. Por exemplo:

- Não. Desculpa, não ouviste? Eu deixei os consumos.
- Não, obrigado, ordens do médico.
- Desculpa, mas tenho tosse, estou doente. Esta noite não, obrigado.
- Não, obrigado não me sinto bem.
- Para mim não, já não gosto disso.
- Não, obrigado. Hoje não. Estou a fazer uma pausa nos consumos.
- Obrigado, mas não. Ando “certinho”.
- Não, obrigado. Vou conduzir.

3. SUGERIR UMA ATIVIDADE ALTERNATIVA ao consumo de canábis

- Pode ser útil sugerir atividades em contextos de não consumo: não, obrigado...
- E se víssemos um vídeo?
- Quem quer jogar basquetebol?
- Que tal telefonar para ver o que é que ele está a fazer?
- Que tal um filme?

4. Quando és desafiado, REPETE O QUE JÁ DISSESTE, e depois MUDA DE ASSUNTO

a) As pessoas ficam com a sensação de que tu não vais mudar de intenção quando repetes o mesmo sem variar vezes e vezes sem conta.

- Não vou entrar em detalhes, mas realmente não posso fumar por causa da minha saúde.
- Esta noite eu não quero, mas tu “vai em frente”.
- Isto já é suficientemente difícil para mim – por favor ajuda-me a conseguir.
- Prefiro um café – posso fazer um para todos?

b) Muda de tópico para assuntos não relacionados com canábis. Isso passa a mensagem de que a discussão acabou. Por exemplo:

- Não, obrigado. O que queres fazer esta noite?
- Não, obrigado. Quanto é que custa um carro em estado aceitável?
- Não, obrigado. Achas que os vampiros têm medo da Buffy, a assassina de vampiros?
- Não, obrigado. Sabias que há saldos na loja de surf?

5. EVITAR DESCULPAS E REPOSTAS VAGAS

Recordar o seguinte princípio: Manter a resposta simples e focada num objetivo – dizer não. Envolver-te em desculpas longas e complicadas, pode resultar em discussões também longas sobre os efeitos positivos do consumo de canábis. Essas discussões tornam mais difícil a tua recusa.

6. Se isto tudo falhar SAIR

Se as pessoas não aceitarem o teu não como resposta e se sentires que estás a vacilar, o evitamento é a melhor estratégia.

Sai!

- Se não vão fazer nada eu encontro-me convosco amanhã.
- Isto está uma chatice, vou ter convosco mais tarde

Ficha de trabalho “Contorção psicológica” – para técnicos

Adaptado por Hinton et al. (2002)

No início, o técnico pede ao utente:

Descreve as tuas qualidades. Descreve coisas boas acerca de ti próprio.

O utente e o técnico exploram os aspetos mais positivos do utente, fazendo uma lista de qualidades

<p>De seguida, o técnico pede ao utente: <i>Agora descreve um consumidor de canábis.</i></p>
<p>Isto é explorado cuidadosamente, antes do técnico pedir ao utente que compare as duas listas. Por exemplo: <i>O que pensas das duas listas: como é que as podes comparar?</i></p>

Atividades agradáveis

Adaptado por Macphilliamy & Lewinsohn (1982)

Ao deixares de consumir canábis estás a deixar uma atividade que ocupa uma grande parte do teu tempo. É importante que tentes identificar outras atividades que te façam sentir bem e que as integres no teu dia-a-dia.

O teu compromisso é o de fazeres uma coisa agradável todos os dias, algo que não tem necessariamente que te fazer gastar muito tempo, esforço ou dinheiro. Podes precisar da ajuda de um companheiro ou da cooperação de outra pessoa, mas não hesites em pedir ajuda.

Não importa se é um jantar fora, comprar qualquer coisa que querias muito, tomar um banho quente, correr – deve ser qualquer coisa que te faça ter a sensação de que te preocupas contigo, que tratas de ti. Tu mereces! Se isso implicar gastar um pouco mais de dinheiro do que o habitual lembra-te que tens poupado dinheiro por não fumares canábis, vais perceber gradualmente formas de te mimar menos caras. Regista todas as atividades na próxima semana para as discutirmos mais tarde.

Alguns exemplos:

Cinema; ver televisão; ouvir musica; jogar no computador; jogar cartas; resolver um puzzle; ler; tocar um instrumento musical; yoga; exercício físico; desenhar; pintar; cozinhar; fotografia; jardinagem; comer; escrever um e-mail a um amigo; uma massagem; beber chá ou café; tomar um banho; tirar uma sesta; visitar o esteticista; meditar; nadar; reservar umas férias; ir ao mercado, a um parque ou a um museu; fazer compras; ver desporto; fórum de internet; escrever um diário; usar roupas de que gostas; sair com os amigos; dançar; andar de bicicleta; fazer pesquisas na internet; ir a uma venda de garagem; etc.

(cont. na pág. seguinte)

Dia	Plano para desenvolver atividades agradáveis (listar pelo menos um objetivo para cada dia)	Monitorização (o que é conseguiste fazer em cada dia)
1		

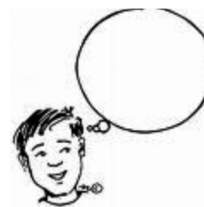
2		
3		
4		
5		
6		

Gerir emoções negativas e depressão

Adaptado de Kadden et al. (2004)

Usa o seguinte plano para ultrapassar a depressão:

1. Toma **consciência** dos sintomas de depressão:
 - Estar consciente das emoções e situações que a influenciam;
 - Estar consciente dos pensamentos automáticos negativos.
2. Disputa ou **responde** a esses pensamentos:
 - Formula questões e desafia as crenças por trás desses pensamentos;
 - Substitui os pensamentos negativos por outros mais positivos.
3. **Age** de uma forma diferente
 - Aumenta as atividades positivas;
 - Diminui a realização de atividades pouco agradáveis;
 - Recompensa-te pelos passos positivos que consegues dar.



Exercício prático

Usa esta ficha de trabalho para ficares a conhecer melhor a tua depressão e os passos necessários para mudares o teu humor.

1. De que forma revelo a minha depressão, no meu humor, atitudes e comportamentos? Quais são os meus sintomas?

2. Quais são os pensamentos negativos automáticos que acompanham a minha depressão? O que é que eu penso sobre mim, a minha vida atual e o meu mundo em geral?

3. Que questões posso colocar a mim próprio, para desafiar esses pensamentos automáticos negativos?

4. O que é que tenho de fazer para agir de uma forma diferente? Que estratégias de resolução de problemas devo utilizar para lidar com os meus problemas? Que atividades agradáveis tenho de intensificar? Que atividades negativas tenho de evitar ou reduzir?

Avaliar a importância de alterar o consumo de canábis – para técnicos

Para avaliar a importância de alterar o padrão habitual do uso de canábis, perguntar ao consumidor:

“Numa escala de 1 a 10, qual a importância que tem para si a alteração da forma como usa canábis?”

Se a importância de mudar é:

Baixa:

“Ok, então isso não é muito importante para si neste momento. Espero poder passar-lhe algumas informações. Mesmo que não queira mudar a forma como usa canábis, existe alguma informação que lhe posso dar sobre como pode reduzir os danos associados a esse uso.”

Se a mudança não é importante, explore o diagrama dos estádios de mudança e avalie em que estádio de mudança é que a pessoa está. Avise a pessoa de que é comum avançar e retroceder entre estádios.

Média:

“Então, a meio da escala. Mas estou a pensar para mim próprio porque disse um “4” e não disse um “1”? Então uma razão importante é ... E que mais?”

Alta:

“Então é muito importante para si, fazer alguma coisa acerca do consumo de canábis. Porque será? Então uma razão importante é ... E que mais?”

Realize o follow up destes consumidores, para quem a mudança é importante, questionando o cliente acerca dos seus planos para realizar essa mudança com o objetivo de explicitar um discurso claro de mudança

<p>Para clientes com problemas de saúde mental</p>	<p>Avalie separadamente a importância de fazer mudanças no uso de substâncias e nos sintomas depressivos/de ansiedade. As questões acima devem ser colocadas primeiro acerca dos sintomas depressivos/de ansiedade e depois sobre o uso de substâncias, já que desta forma diminuímos a resistência da pessoa em relação às mudanças no uso de substâncias.</p>
---	---

Avaliar o nível de confiança para mudar o padrão do uso de canábis - para técnicos.

Avaliar confiança individual para mudar o padrão habitual do uso de canábis

“Numa escala de um a dez, qual é o grau de confiança que tens de que consegues mudar se o desejares?”

Explorar a confiança da pessoa, questionando:

Se a confiança em mudar é:

Baixa:

“Ligeiramente baixa. O que é que tem que acontecer para fazer aumentar, digamos para “5” ? Fala-me de uma mudança que tenhas conseguido no passado? Como é que conseguiste?”

Média:

“Então, mais ou menos a meio. Então porquê um “4” e não um “1”? O que seria possível fazer para aumentares a tua confiança, digamos para “8”? Como é que poderias conseguir? Como é que eu posso ajudar?”

Alta:

“Então, estás muito confiante. Como é que vais prosseguir com isso? Como é que isso vai ser? Que mais? Como é que eu posso ajudar?”

Nota: Uma confiança baixa na escala (inferior a 7) indica que pode ser necessário voltar à fase 1 das estratégias de intervenção motivacional ou rever estratégias incluídas no plano de mudança.

<p>Para clientes com problemas de saúde mental</p>	<p>Avaliar a confiança na mudança para a ansiedade, depressão e uso de substâncias separadamente. Se a pessoa tem uma confiança baixa para lidar com a ansiedade/depressão, mas não para o uso de substâncias (ou não vice-versa), voltar às estratégias de intervenção motivacional ou rever estratégias de mudança.</p>
---	---

Referências

Hinton, M., Elkins, K., Edward, J., & Donovan, K. (2002). Cannabis and psychosis: An early psychosis treatment manual. Government of Victoria, Department of Human Services. Published by Orygen Research Centre, Victoria.

Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. NIAAA Project MATCH Monograph Series, DHHS Publication no. (ADM) 92-1895, vol. 3. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

MacPhillamy, D.J. & Lewinsohn, P.M. (1982). The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50, 363–380.

Slavet, J.D., Stein, L.A.R., Colby, S.M., Barnett, N.P., Monti, P.M., Golembeske, C.Jr. & Lebeau-Craven, R. (2006). The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 42-48

Saunders, B., & Allsop, S. (1991). Alcohol problems and relapse: Can the clinic combat the community? *Journal of Community and Applied Social Psychology* 1, 213-221

Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005). *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. SAMHSA, Center for Substance Abuse Treatment. Rockville MD.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Níveis de Evidência

Foram implementados os 5 passos seguintes:

1. Classificaram-se cada uma das cinco componentes, e anotou-se as questões mais importantes que emergiram nas discussões e a classificação no formulário
2. Sumariou-se por escrito a avaliação de cada um dos cinco componentes
3. As classificações de cada um dos componentes e o respetivo descritor foram registados nas caixas respetivas
4. Foi determinado o grau global de cada corpo de evidência, a partir da soma das classificações dos diferentes componentes
5. Formulou-se a recomendação, baseada no corpo de evidência. A recomendação dirigiu-se à questão clínica e foi formulada em termos de ação

Componente	A	B	C	D
	Excelente	Bom	Satisfatório	Pobre
Volume de evidência	Vários estudos de nível I ou II com baixo risco de viés	Um ou dois estudos de nível II com baixo risco de viés ou estudos SR/múltiplo nível III com baixo risco de viés	Estudos de nível III com baixo risco de viés, ou estudos de nível I ou II com risco moderado de viés	Estudos de nível IV, ou estudos de nível I a III com alto risco de viés
Consistência	Consistência em todos os estudos	Possibilidade de explicação da consistência ou inconsistência na maioria dos estudos	Alguma inconsistência, que reflete incerteza genuína sobre a questão clínica	Evidência inconsistência
Impacto clínico	Muito alargado	Substancial	Moderado	Leve ou restrito
Possibilidade de generalização	A população/s estudada no corpo da evidência é/são a/s mesma/s deste guia	A população/s estudada no corpo da evidência é/são semelhante/s deste guia	A população/s estudada no corpo da evidência é diferente da população/s alvo deste guia, mas é clinicamente sensível a aplicar esta evidência à população alvo	A população/s estudada no corpo da evidência é diferente da população/s alvo deste guia e é difícil julgar se é possível generalizar à população alvo
Aplicabilidade	Diretamente aplicável ao contexto de saúde australiano	Aplicável ao contexto de saúde australiano com poucas alterações	Provavelmente aplicável ao contexto de saúde australiano com poucas alterações	Não aplicável ao contexto australiano de saúde

Apêndice 2

Autor	Cargo	Filiação
Dr Adam Winstock	Senior Staff Specialist/Conjoint Senior Lecturer	Drug Health Services

		Sydney South West Area Health Service/National Drug and Alcohol Research Centre
Prof Alan Budney	Professor and Senior Research Scientist	Center for Addiction Research (CAR) University of Arkansas for Medical Sciences
Prof Amanda Baker	Deputy Director/Clinical Psychologist Centre for Brain and Mental Health Research	University of Newcastle
Dr Amie Frewen	Senior Research Officer	National Cannabis Prevention and Information Centre
Dr Dan Lubman	Associate Professor/Consultant Psychiatrist	ORYGEN Research Centre University of Melbourne
Dr Greg Martin	Manager of Interventions Development	National Cannabis Prevention and Information Centre
Dr Jan Bashford	Clinical Researcher	Massey University
Prof Jan Copeland	Director National	Cannabis Prevention and Information Centre
A/Prof Jason Connor	Director, Centre for Youth Substance Abuse Research	University of Queensland
Dr John Howard	Senior Lecturer	National Cannabis Prevention and Information Centre
Dr Julia Tresidder	Research Analyst	Australian Institute of Criminology
Dr Leanne Hides	Senior Research Fellow Coordinator/Research Fellow	ORYGEN Research Centre University of Melbourne
Dr Mark Montebello	Senior Staff Specialist/Medical Team Coordinator/Conjoint Senior Lecturer	The Langton Centre, Sydney/School of Psychiatry University of New South Wales
Dr Peter Homel	Manager of the Crime Reduction and Review Program/Adjunct Professor	Australian Institute of Criminology/Griffith University
Prof Roger Roffman	Professor of Social Work	University of Washington
Prof Robert Stephens	Professor and Chair	Psychology Department, Virginia Tech
Dr Sally Wooding	Clinical Psychologist/Senior Research Officer	Office of Mental Health and Drug and Alcohol Policy
Prof Simon Lenton	Deputy Director/Clinical Psychologist	National Drug Research Institute
Dr Stephanie Taplin	Research Fellow	National Drug and Alcohol Research Centre
Mr Toby Lea	Researcher	Drug Health Services Sydney South West Area Health Service